



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**“ Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação no processo de  
transição da Pessoa submetida a Cirurgia da  
Coluna, no período peri-operatório”**

**Raquel Sofia Neves Da Silva**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**“ Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação no processo de  
transição da Pessoa submetida a Cirurgia da  
Coluna, no período peri-operatório”**

**Raquel Sofia Neves Da Silva**

**Professor Orientador Joaquim Paulo Cabral de Oliveira**

**2015**



## DEDICATÓRIA

“ Certas palavras podem dizer muitas coisas;  
Certos olhares podem valer mais do que mil palavras;  
Certos momentos nos fazem esquecer que existe um mundo lá fora;  
Certos gestos parecem sinais guiando-nos pelo caminho;  
Certos toques parecem estremecer todo o nosso coração;  
Certos detalhes nos dão certeza de que existem pessoas especiais,  
assim como vocês que deixarão belas lembranças para todo o sempre!”

Vinicius de Moraes

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas especiais que me acompanharam e guiaram ao longo desta trajetória; especialmente, àquelas que se encontravam em processos transicionais, por me terem proporcionado experiências magníficas e inesquecíveis, que me acompanharão ao longo da minha vida pessoal e profissional.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de aqui expressar o meu reconhecimento a todos aqueles que, de algum modo, apoiaram e contribuíram para a consecução deste projeto:

Em primeiro lugar, ao Professor Joaquim Paulo pela sua competência pedagógica, apoio e incentivo, e ainda, por ter acreditado em mim neste percurso académico.

Aos colegas de curso pelo espírito de cooperação e partilha sempre revelados, salientando as colegas do grupo de trabalho, Carla, Cátia, Liliana, Mónica e Valéria.

Sem vocês este percurso não teria sido a mesma coisa

À Enfermeira Chefe, Otília Mendes, e toda a minha equipa, por terem tão bem aceite as minhas ausências e compreendido o que este projeto significava para mim.

A todos os enfermeiros e restantes profissionais com quem contatei durante este percurso. Sobretudo os Enfermeiros Orientadores e Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que me aconselharam e com quem discuti estratégias, refleti e partilhei ideias e saberes. O seu apoio e incentivo foram fulcrais para o meu processo de aprendizagem, enquanto pessoa e enquanto profissional.

Aos meus amigos e família, pelo pouco tempo que lhes dediquei, mas de que forma incondicional me apoiaram e estiveram presentes, ainda que distantes.

E, por fim, ao Marco. Por todo o seu amor, apoio e compreensão. Pela sua paciência na espera por um documento que monopolizou as nossas vidas por largos meses.

E, acima de tudo, pela pessoa que é!

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde  
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária  
AVC: Acidente Vascular Cerebral  
AVD: Atividades de Vida Diária  
CSP: Cuidados de Saúde Primários  
CCI: Cuidados Continuados Integrados  
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
EGA: Equipa de Gestão de Altas  
ER: Enfermagem de Reabilitação  
ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
IPSS: Instituições Particulares de Solidariedade Social  
INE: Instituto Nacional de Estatística  
LCADL: *London Chest Activity of Daily Living*  
LOE: Lesão Ocupante de Espaço  
MC: Mecânica Corporal  
MIF: Medida de Independência Funcional  
MMSE: *Mini-Mental State Examination*  
MRCDQ: *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*  
NIHSS: *National Institute of Health Stroke Scale*  
OE: Ordem dos Enfermeiros  
PBE: Prática Baseada na Evidência  
RFR: Reeducação Funcional Respiratória  
RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados  
SCE: Síndrome da Cauda Equina  
UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade  
UMA: Unidade Maço Ano

## RESUMO

A crescente complexidade da população, no que concerne às necessidades em cuidados de saúde, tem determinado uma elevada exigência à profissão de enfermagem, que transcende o conjunto tradicional de saberes e de competências. O atual paradigma lança como repto a construção de um corpo de conhecimentos de intervenções de enfermagem cada vez mais competente e especializado, alicerçado numa atitude crítica e reflexiva na, para e sobre a prática clínica e na melhor evidência. É nesta dialética – práxis clínica e evidência científica – que foi ancorada a redação deste Relatório de Estágio, que pretende espelhar todo um projeto de aprendizagem, que teve como principal desígnio o desenvolvimento de competências de especializadas em ER no Processo de Transição da Pessoa submetida a Cirurgia da Coluna, no período peri-operatório.

A pessoa submetida a cirurgia encontra-se sujeita à vivência de inúmeros momentos críticos que podem ser conducentes à ocorrência de fenómenos de transição em diferentes níveis: desenvolvimento, situacionais, saúde/doença, e até, em termos organizacionais. Neste contexto, a pessoa/família deve ser reconhecida como agente central e parceiro ativo nas decisões de saúde que lhes dizem respeito; e o EEER deve posicionar-se como elemento capacitador. Assim, as suas intervenções devem passar por uma avaliação funcional contínua, pela disponibilização de ações de autocuidado e de educação terapêutica – com início no pré-operatório e continuadas no pós-operatório - promovendo o crescimento educativo da pessoa face a uma nova experiência de vida, e suprimindo os défices temporários, com vista à sua autonomização e ao retorno às suas atividades de vida diária.

Considero que a problemática aprofundada nesta trajetória académica, se enquadra no core da disciplina, cujos resultados obtidos, terão certamente contribuído, ainda que modestamente, para o desenvolvimento da profissão e para a excelência da arte do cuidar. Não obstante, estou consciente que a finalização deste projeto, não encerra uma história intensamente vivida, mas marca sim, o início de um longo percurso que ainda está por vir.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Processo de Transição; Cirurgia da Coluna; e Peri-Operatório.

## ABSTRACT

The increasing complexity of the population, with regard to needs in health care, has given a high requirement to the profession of nursing, that transcends the traditional set of knowledge and skills, as scientific community of great importance in the health system. The current paradigm launches the challenge to build a body of knowledge of nursing interventions increasingly skilled and competent, based on a critical and reflective attitude in, for and about the clinic and the best evidence practice. It is this dialectic - clinical practice and scientific evidence - which was anchored the writing of this Training Report, showing a whole learning project, whose main purpose is the development of expertise in Rehabilitation Nursing in the Individual Transition Process of the Person Subjected to Column Surgery, perioperative period.

The person subjected to spine surgery, experiences many critical moments that can be conducive to the occurrence of transitional phenomena at different levels: development, situational, health / disease, and even, in organizational terms. In this context, the person / family is recognized as the central agent and active partner in health care decisions affecting them; and the rehabilitation nurse should position itself as an enabler element. Thus, their interventions should undergo a continuous functional assessment, the availability of shares of self-care and therapeutic education - starting preoperatively and continued postoperatively - promoting educational and personal growth at a new life experience and removing the temporary deficits, with a view of empowerment and return to their activities of daily living.

I consider that the issue carried in this academic trajectory falls within the core of the discipline, and whose results, have certainly contributed, albeit modestly, to the development of the profession and to the excellence of the art of caring. However, I am aware that the completion of this project does not contain an intensely lived history, but rather mark the beginning of a long journey that is yet to come.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Transition Process; Spine Surgery; and Peri-Operative.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO FORMATIVO.....	22
1.1. A aquisição de um novo papel e a integração no contexto de cuidados.....	22
1.2. O EEER na gestão dos cuidados: interdisciplinaridade, articulação e continuidade.....	25
1.3. Ambientes seguros e protetores: condição essencial à transição saudável e positiva.....	30
1.4. Processo de ER centrado no binómio Pessoa/Família.....	42
1.5. Prática reflexiva e baseada na evidência: contributos indispensáveis à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.....	56
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO E TRABALHO FUTURO.....	64
3. CONCLUSÕES.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	70

## ANEXOS

Anexo I: Certificado de Formação Profissional do Curso Avançado de Massagem terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares

Anexo II: Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do serviço de NC

Anexo III: Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador da ECCI

## APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma do EC

Apêndice II: Preparação da visita aos locais de Ensino Clínico

Apêndice III: Competências a desenvolver e respetivos objetivos específicos

Apêndice IV: Plano de Atividades

Apêndice V: Processo de ER dirigido ao Sr. C.A.

Apêndice VI: Processo de ER dirigido ao Sr. F.G.



Apêndice VII: Plano da Ação de Formação intitulada de “Mecânica Corporal no Cuidar”

Apêndice VIII: Apresentação da Ação de Formação intitulada de “Mecânica Corporal no Cuidar”

Apêndice IX: Instrumento de Avaliação dos Formadores da Ação “Mecânica Corporal no Cuidar”

Apêndice X: Instrumento de Avaliação dos Formandos da Ação “Mecânica Corporal no Cuidar”

Apêndice XI: Jornal de Aprendizagem realizado no serviço de NC

Apêndice XII: Jornal de Aprendizagem realizado em Contexto Comunitário

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem vive um momento de transformação e de afirmação na sociedade. As mudanças na população têm condicionado novas necessidades de cuidados e expectativas de saúde, que a par com as alterações no sistema da assistência à saúde, têm assumido um impacto expressivo, na direção da pesquisa da Enfermagem, na expansão do leque das suas responsabilidades profissionais e na relevância do seu papel, ao constituírem, segundo o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril do Estatuto da OE: "uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade."

Os enfermeiros, enquanto profissionais comprometidos com uma visão holística do indivíduo, encontram nas respostas humanas o seu grande baluarte. Esta perspetiva implica uma enorme responsabilidade e capacidade de reajuste a cada situação encontrada, que sendo difícil na sua prossecução, torna-se imprescindível e premente. Dado o paradigma atual da nossa profissão, é-nos lançado como repto a concretização de um amanhã baseado em padrões de conhecimento de elevado nível científico sustentadores de uma prática especializada, visando uma intervenção individualizada e diferenciada ao indivíduo, família e/ou comunidade.

É neste contexto que o presente documento - Relatório de Estágio – emerge. A sua realização surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, que integra o plano de estudos do V Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Para além de uma formalidade académica, representa fundamentalmente, uma reflexão escrita, que pretende espelhar todo um percurso de aprendizagem desenvolvido em contexto da prática clínica especializada, alicerçado na experiência e na melhor evidência.

Segundo Benner (2001) e Phaneuf (2005), o processo de especialização pressupõe um extenso e contínuo período de experimentação e de um acumular de experiências, estando nele subjacente o espírito de aprendizagem ao longo da vida. Esta linha de pensamento vem de encontro à ideia reiterada pelo filósofo Gadamer, citado por Honoré (2002) "a dialética da experiência encontra a sua perfeição própria, não num saber definitivo, mas na abertura à experiência reconhecida pela

própria experiência” (Honoré, 2002, p. 43). Assim, a redação deste relatório pretende sobretudo, relevar a descrição e análise crítica de um conjunto de atividades que se previram como conducentes à mobilização e construção de um corpo de conhecimentos especializado e competente, bem como ao desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, e que são específicas do EEER. Este percurso teve como eixos norteadores as orientações previstas no Documento Orientador do Estágio com Relatório e a operacionalização do Projeto de Formação desenhado no segundo semestre, no qual fora elencado a definição de uma área temática ancorada na, para e sobre a minha prática profissional, bem como a previsão de objetivos e plano de atividades (Apêndice IV), que no seu conjunto tiveram como principal desígnio o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da ER (Apêndice III).

A circunscrição da área temática aprofundada neste processo de especialização – *Intervenção do EEER no processo de transição da Pessoa submetida a Cirurgia da Coluna, no período peri-operatório* - teve na sua essência, uma forte ligação com a minha experiência profissional, decorrida num serviço de especialidades cirúrgicas, onde maioritariamente, o número de clientes aqui admitidos é do foro ortopédico. Neste contexto, o tema da pessoa submetida a cirurgia da coluna, tem suscitado em mim desde há algum tempo alguma inquietação, o que resultou numa forte motivação pessoal em abraçar o estudo desta problemática, que pode também ser encarada, como uma necessidade da equipa da qual faço parte.

Por um lado, tem-se verificado um número crescente de pessoas admitidas para cirurgia eletiva da coluna, ao qual é somado um número variável e imprevisível de clientes admitidos por trauma vertebral, cujo tratamento poderá ser conservador ou cirúrgico. Por outro lado, no âmbito do cuidar a pessoa com patologia ortopédica, esta temática encontrava-se ainda subexplorada no meu contexto profissional (no que diz respeito à implementação de projetos de intervenções de enfermagem), e que tantos desafios tem colocado na prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes momentos do internamento – pré e pós-operatório. Assim, imbuída num espírito de aprendizagem ao longo a vida subjacente a este percurso académico, e numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, fui incitada à procura de novos conhecimentos subjacentes a esta problemática.

Um estudo desenvolvido pelo INE (2012) revelou que “cerca de 35% das pessoas dos 15 aos 64 anos sofriam de problemas músculo-esqueléticos.” (INE, 2012, p.6) Dados divulgados pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, citados pelo INE no mesmo relatório (2012), comprovam que “as perturbações músculo-esqueléticas constituem o problema relacionado com o trabalho mais comum na Europa”, sendo enunciada como “a primeira causa de baixa laboral e de incapacidade transitória e permanente para o trabalho.” (INE, 2012, p.6) Os principais alvos de afeção são as regiões cervical e dorso-lombar, ombro e os membros superiores. Segundo Marek (2010), a cirurgia da coluna está indicada quando existe falência das modalidades conservadoras, ou pela existência das seguintes situações: défices neurológicos, como a perda do controlo vesical e intestinal; dor intensa e intratável, instabilidade e/ou deformidades ósseas que conduzem à falta de função.

Contudo, os autores Falavigna, Neto & Teles (2009) e Engelke (2014), citando McGregor et al (2011), advogam que o aumento substancial da realização de exames imagiológicos e de tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, verificado nas últimas décadas, não tem estado associado a melhores resultados no alívio da síndrome de dor crónica, bem como na satisfação e na perceção da qualidade de vida dos indivíduos com patologia da coluna vertebral. Admite-se ainda que alguns dos indivíduos submetidos à cirurgia da coluna vertebral, terão desfechos pós-operatórios pouco favoráveis, independentemente do êxito técnico, “o que gera aumento de morbilidade e dos custos socioeconómicos” (Falavigna, Teles, Braga, Barazzetti, Lazzaretti & Tregnago, 2011, p.62).

Para além disso, existe uma relação substancial entre alterações emocionais importantes - como a depressão e a ansiedade - e a dor lombar crónica, conforme comprovam Amaral, Marchi, Oliveira & Pimenta (2010). Um quadro algíco constante e incapacitante pode, nalguns momentos, impedir a pessoa de exercer as suas atividades profissionais, pessoais e sociais pela limitação física que produz. Por sua vez, a diminuição da capacidade de participação social da pessoa com dor crónica, conduz a uma espiral descendente física e emocional, designada de descondicionamento físico e mental. Sendo a adesão ao tratamento pós-cirúrgico – que inclui os cuidados iniciais e os progressivos exercícios físicos - um fator determinante para o sucesso da reabilitação da pessoa que é submetida a cirurgia da coluna, os resultados esperados podem estar comprometidos, na medida em que a

pessoa está mentalmente e socialmente desmotivada. Por outro lado, quadros emocionais nocivos realimentam o ciclo de doença, ao caracterizarem-se pelo “...predomínio de pensamentos negativos, baixo limiar de dor e maiores restrições funcionais” (ibidem, 2010, p.154).

Para além dos fatores internos, existem algumas interferências externas, igualmente influenciadoras dos resultados clínicos, tais como: “ a presença de incentivos fiscais, reforço por parte da família, insatisfação ou processos de afastamento do trabalho, solicitação de pensão e insatisfação quanto ao empregador.” (ibidem, 2010, p.154). A evidência de piores prognósticos na presença de problemas emocionais – como a depressão, a ansiedade e a desesperança – e na existência de fatores socioeconómicos importantes, reforça a importância da identificação destes fatores complicadores, numa fase pré-operatória, para que haja uma abordagem mais completa e eficaz. Os autores Falavigna, Neto & Teles (2009) acrescentam que no momento pré-operatório, deve incluir-se a identificação dos medos e crenças da pessoa relativamente à atividade física e ao trabalho, os quais estão fortemente associados à persistência da dor e à incapacidade na pessoa, e que podem influenciar a atitude e a adesão face ao processo de reabilitação no pós-operatório.

O cenário apresentado abre um largo caminho de atuação ao EEER, o qual é responsável, segundo a OE (2010b), pela conceção, implementação e monitorização de “planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das capacidades instaladas (quer por doença ou acidente)” (OE, 2010b, p. 1). Como tal, Hoeman (2000), alude que o EEER deve implicar-se na equipa multidisciplinar, como agente de mudança e perito, ao facultar aos seus clientes e seus familiares, conhecimentos que lhes permitam desenvolver um conjunto de estratégias de resolução de problemas, potenciadoras de comportamentos de adaptação positiva e advogadoras de uma qualidade de vida ótima. É nesta breve resenha conceptual do conteúdo funcional específico do EEER, que se encontram circunscritas as suas competências:

- a) Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010b, p.2)

Assim, a ER como área especializada em enfermagem, de excelência e referência, visa maximizar as oportunidades de atuação da pessoa com o seu contexto vivencial, com vista à sua plena reintegração “na família e na comunidade, proporcionando-lhe assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010b, p.1). Deste modo, as suas intervenções devem ser orientadas em torno de uma readaptação positiva da pessoa perante a mudança contínua nos processos de saúde e doença.

No que concerne à problemática em estudo, a literatura vem demonstrar que a pessoa submetida a cirurgia da coluna pode enfrentar múltiplas mudanças nos seus processos de saúde e doença, resultado da vivência de inúmeros momentos críticos. A estes eventos estão frequentemente associados sentimentos de incerteza e vulnerabilidade, que podem ser conducentes à ocorrência de fenómenos de transição. Perante isto, o referencial teórico que norteou e sustentou este projeto de formação académica foi a Teoria de Médio Alcance da Transição de Afaf Meleis, que resume o processo de transição como sendo “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986, p. 239). Nesta estrutura teórica proposta por Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000), as transições são classificadas em tipologias de naturezas distintas: transições de desenvolvimento, transições situacionais, transições de saúde/doença e transições organizacionais.

Todos estes fenómenos, embora sendo um processo de transformação indispensável ao desenvolvimento humano, ao exigir do indivíduo a ação de estratégias e recursos de suporte (disponíveis ou não) para a uma adaptação fácil e saudável, tendem, em simultâneo, a colocá-lo numa posição mais suscetível aos riscos, e por isso, de maior vulnerabilidade, podendo a sua saúde e bem-estar virem a ser afetados. Por isso, os autores Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000) reiteram que os conceitos de transição e vulnerabilidade encontram-se permanentemente interligados, e entre os quais, existem interações e condicionalismos ambientais, passíveis de conduzir a processos de coping

prolongados e pouco eficazes que se traduzem numa incapacidade de resolução favorável de transição.

Neste sentido, o Enfermeiro de Reabilitação no contexto de equipa interdisciplinar, deve ter como missão capacitar a pessoa - e seu ambiente afetivo próximo - na gestão saudável e positiva dos períodos transicionais de instabilidade, precipitados por mudanças de desenvolvimento, situacionais ou de saúde-doença. Segundo Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000), a facilitação destes processos de transição pressupõem uma intervenção preventiva – que ocorre antes das transições ou antes das consequências – e uma intervenção terapêutica, que sucede às consequências das transições. Meleis (2010) salienta que uma transição saudável e positiva implica o recrutamento de recursos de adaptação eficazes com vista à recuperação do bem-estar global. Para o efeito, é imprescindível que o indivíduo tenha a percepção e o conhecimento/reconhecimento da mudança que experiencia, em simultâneo, seja capaz de mobilizar informações relativas a situações similares de modo a integrá-las nas suas próprias vivências num processo de consciencialização, compromisso e envolvimento permanentes. Na perspetiva de Meleis (2010), a preparação e conhecimento prévio perante uma determinada experiência de transição, constitui um agente facilitador. Posto isto, o enfermeiro pode influenciar e potenciar estes fatores no processo de transição, através do planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos das pessoas e suas habilidades, que se traduzam positivamente, na gestão dos processos de saúde-doença e no desenvolvimento da aptidão máxima. Esta filosofia de cuidados encontra-se também implícita no conceito de reabilitação, que consiste em:

ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela optimização dos recursos externos, quer pela ajuda prestada na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efectivação do seu projecto de saúde, assistindo-a nas fases de reacquirição e autonomia. (Pereira & Santos, 2008, p. 7)

O constructo teórico anteriormente apresentado resume um processo partilhado entre o enfermeiro e o binómio pessoa/família. Aqui a pessoa/família é reconhecida como agente central e parceiro ativo nas decisões de saúde que lhes dizem respeito (nomeadamente, no processo de transição hospital/comunidade); e o EEER deve posicionar-se como elemento capacitador (no seio da equipa interdisciplinar) ao

disponibilizar ações de autocuidado e de educação terapêutica, promovendo o crescimento educativo da pessoa face a uma nova experiência de vida, e suprimindo os défices temporários, com vista à sua autonomização e ao retorno às suas atividades de vida diária. Deste modo, o processo reabilitativo deve basear-se na “disponibilização de recursos e de uma combinação de recursos cuja articulação e complementaridade façam sentido para os intervenientes do processo” (Hesbeen, 2003, p. XI).

No tocante à problemática em estudo, é amplamente divulgado pela literatura os inúmeros benefícios deste contato, sobretudo, quando iniciado na fase pré-operatória. Num estudo realizado a clientes submetidos a discectomia ou cirurgia descompressiva, apresentado por McGregor et al (2011), citado por Engelke (2014), constatou-se que as intervenções educacionais, quando apenas implementadas no momento pós-operatório, revelaram-se insuficientes do ponto de vista da recuperação funcional. Estes resultados vêm portanto, enfatizar a importância da implementação de um programa educacional na fase pré-operatória, com vista à obtenção de maiores ganhos em saúde. Similarmente, Gomes (2009), citando Garreston (2004), acrescenta outros benefícios da preparação pré-operatória, nomeadamente: o decréscimo da duração do internamento, a menor necessidade de administração de analgésicos no pós-operatório, e o aumento da satisfação do cliente.

A este propósito, as autoras Kisner & Colby (2009), defendem que num programa de reabilitação, iniciado no pré-operatório, devem ser contempladas duas dimensões - a avaliação da condição funcional pré-operatória e a educação pré-operatória – essenciais para que o cliente alcance resultados funcionais ótimos após a cirurgia. Seguindo esta linha de raciocínio, os autores Starkweather, Darnell, Heck, Merchant, Myers & Smith (2012) salientam que na preparação pré-operatória devem ser disponibilizadas as seguintes informações: objetivos do procedimento cirúrgico, processo de reabilitação, resultados esperados e potenciais complicações. Ainda nesta fase, os mesmos autores, reiteram que outras intervenções de enfermagem devem ser incluídas, nomeadamente: a avaliação de sintomatologia (física, cognitiva, emocional e comportamental); o exame neurológico e a avaliação da capacidade funcional; a aplicação de instrumentos de avaliação para rastreio de necessidades de intervenção psicossocial e/ou terapia cognitivo-comportamental; a identificação e avaliação das necessidades de assistência de saúde e social da pessoa e a otimização de potenciais recursos de apoio social e de saúde. Neste contexto, o autor Engelke (2014)



ênfatiza ainda a importância da identificação e de estratégias de autogestão para lidar com a sintomatologia e desafios comuns após a cirurgia da coluna vertebral, que incluem: a mobilidade, as mudanças nos níveis de atividade e estilos de vida, e a aquisição de novas habilidades de autocuidado. No âmbito da educação pré-operatória, Kisner & Colby (2009), referem que é no momento pré-operatório, que se deve dar início ao treino de exercícios pós-operatórios iniciais, sem a existência da dor pós-operatória e dos efeitos colaterais dos analgésicos, como a sonolência e a desorientação.

No entanto, da minha prática clínica decorrida em contexto cirúrgico, esta preparação pré-operatória encontra-se, frequente e gravemente comprometida pelo crescente encurtamento dos tempos de internamento, numa lógica de melhor gestão dos recursos de saúde. Quando antes a admissão no serviço era feita na véspera da cirurgia, na atualidade, a maioria dos clientes são internados no próprio dia da intervenção cirúrgica. Esta diminuição do período pré-operatório compromete largamente a educação pré-operatória, na medida em que, o tempo disponível apenas é suficiente para o cumprimento de questões meramente técnicas e burocráticas, não permitindo que a pessoa receba e assimile as informações adequadamente, o que tem apelado à equipa de enfermagem, a criação de estratégias solucionadoras das dificuldades enfrentadas.

Na perspetiva de Kisner & Colby (2009), um programa de reabilitação bem planeado, deve compor-se por uma sequência cuidadosamente progredida de exercícios terapêuticos e treino funcional, e que integra permanentemente a educação para a saúde. Embora iniciado na fase pré-operatória, este deve ser continuado no pós-operatório, baseando-se na avaliação inicial e contínua do cliente. As autoras supracitadas propõem que o programa de reabilitação pós-operatória seja dividido em três fases - fase de proteção máxima, fase de proteção moderada e fase de proteção mínima/retorno à função. Na primeira fase a ênfase deve ser colocada na minimização de dor, na prevenção de complicações pós-operatórias, na limitação de um grau seguro de mobilidade funcional e na proteção da ferida cirúrgica. Nas fases seguintes, as intervenções visam melhorar ou restaurar a amplitude dos movimentos, força, controlo neuromuscular, estabilidade, equilíbrio, resistência muscular e tolerância ao esforço e aumentar as habilidades funcionais na realização das atividades necessárias e desejadas. Para o efeito, e segundo Marek (2010), as intervenções a

serem desenvolvidas no pós-operatório, e as mais sensíveis ao âmbito específico de atuação do EEER, devem incluir: a avaliação e monitorização contínua da função neurológica, em comparação com a função basal avaliada no pré-operatório; o ensino e incentivo à realização de exercícios isométricos; o ensino e treino acerca da mobilidade no leito, transferências e levante; ensino e incentivo ao treino de marcha (assim que seja possível); aconselhamento quanto à aquisição de produtos de apoio; ensino e treino da pessoa e/ou família quanto ao uso correto de equipamentos adaptativos (como por exemplo, os lombostatos, colares cervicais e alteadores de sanita); aconselhamento quanto às modificações no contexto domiciliário e/ou profissional com vista à sua melhor adaptação à nova condição da pessoa; aconselhamento do retorno progressivo da atividade física, profissional e sexual; e ensino e treino quanto à integração no seu quotidiano, de uma mecânica corporal adequada e reeducação postural.

Nos vários domínios de intervenção supracitados, importa salientar que as intervenções apresentadas apenas sugerem uma linha orientadora. Na conceção de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado, estas intervenções devem ser permanentemente adequadas e modificadas, de acordo com as necessidades, habilidades e avaliação contínua no pós-operatório da pessoa a quem é dirigido. Esta lógica permite, tanto ao enfermeiro de reabilitação, como ao cliente, entender a evolução do processo de transição através dos padrões de resposta apresentados pelo mesmo, os quais operam como indicadores de processo e de resultados. Para Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000), os indicadores de processo permitem identificar o percurso da vivência da transição pela pessoa, movendo-a no sentido de uma transição saudável ou em direção à vulnerabilidade e risco, o que permite a avaliação e intervenção de enfermagem com vista à promoção de resultados saudáveis. Nestes indicadores incluem-se o sentir-se ligado, interação, posição e estar situado, desenvolvimento de confiança e adaptação. Quanto ao “sentir-se ligado”, é fundamental que o enfermeiro analise se as relações antes do processo de transição estão mantidas e se foram criados entretanto novos relacionamentos, as quais podem ser indicativos de uma transição saudável. Através da “interação”, o significado da transição e os comportamentos desenvolvidos em resposta à transição podem ser desenvolvidos, clarificados e reconhecidos, desenvolvendo, em simultâneo, estratégias favoráveis e originadoras de conceitos de

auto e hétero-cuidado. A “posição e estar situado” resume-se na análise e reflexão sobre experiências anteriores em comparação com as novas estratégias, e que igualmente, sugerem se a pessoa se direciona rumo a uma transição saudável. Outro indicador importante no processo de transição saudável é o “desenvolvimento de confiança e adaptação”, pela revelação de conhecimentos deste processo desde a tomada de consciência, as várias etapas constituintes, limitações e estratégias e recursos utilizados.

A transição implica a aquisição de um novo papel, diferente daquele com que iniciou a transição, e nos vários contextos da sua vida – estado de saúde, social, familiar e profissional. Como tal, as experiências decorridas no processo de transição modificam a identidade do indivíduo, sendo outro indicador que permite a consciencialização de quando termina um processo de transição. Por outro lado, o domínio ou mestria apresentam vários elementos importantes, como a competência, o conhecimento, as habilidades cognitivas e psico-motoras, a tomada de decisão e a autoconfiança, os quais vão sendo adquiridos ao longo deste processo. Deste modo, o domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir novas situações ou ambientes, bem como a reformulação da identidade, são indicadores da conclusão de uma transição saudável, resultado que deve ser também expetável no processo de transição hospital/comunidade da pessoa que é submetida a cirurgia da coluna.

Do resultado da intersecção da minha empatia pelo tema com toda a problemática giratória em torno do mesmo, vislumbrou-se um campo de ação que considerei fértil ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em ER. O percurso desenvolvido teve como propósito prosperar neste domínio de competências de enfermagem, e que com a elaboração deste relatório, pretendo agora, dar a conhecer os caminhos trilhados, elencando saberes teórico-práticos mobilizados em contexto da prática, que confluíram à concretização da minha intenção de projeto e à transformação das minhas ideias em ações.

Para o efeito, a escolha dos contextos do ensino clínico foram consistentes com a problemática já enunciada, tendo sido desenvolvido em dois módulos distintos, cada qual com a duração de nove semanas, conforme ilustrado no cronograma (Apêndice I). O percurso de EC foi inaugurado com uma incursão em contexto hospitalar, no serviço de NC de um Hospital situado na região de Lisboa e Vale do Tejo. Este serviço dispõe de uma lotação máxima de 23 camas (15 em enfermaria, 4 em Unidade de

Cuidados Intermédios e 4 em Cuidados Intensivos), e conta com a colaboração de uma equipa de enfermagem constituída por 38 elementos (Enfermeira-Chefe e também Especialista em ER, três EEER, sendo os restantes, Enfermeiros generalistas). Dos principais motivos de admissão da população assistida neste serviço, destacam-se os seguintes: LOE (encefálicas e medulares), patologia degenerativa da coluna, aneurismas cerebrais, traumatismos vertebro-medulares e crânio-encefálicos. A estes diagnósticos clínicos está frequentemente associada a instalação de incapacidades aos níveis da função neurológica e respiratória, determinando uma grande necessidade de cuidados de ER, em termos da reeducação funcional sensoriomotora, respiratória, cognitiva, e da eliminação e sexualidade. Daí que a política de gestão de recursos de ER, levada a cabo pela Enfermeira-Chefe deste serviço, tem sido no sentido de aumentar o tempo de cobertura da prestação destes cuidados especializados. Atualmente, o tempo de cobertura de cuidados de ER é das 8-20/23h, onde se inclui, os fins-de-semana. O segundo, e último módulo de EC, decorreu em contexto comunitário e integrado no seio da ECCI de uma UCC pertencente a um ACES da região de Lisboa e Vale do Tejo. A sua tipologia de resposta surge integrada na RNCCI, destinando-se à prestação de cuidados domiciliários à pessoa em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença. Esta equipa interdisciplinar assume um compromisso assistencial máximo de 40 utentes, sendo os principais motivos de admissão: *status* pós AVC, doenças respiratórias crónicas, infeções respiratórias e síndromes de imobilidade. Através da leitura da breve caracterização de cada um dos contextos, prontamente se constata que o primeiro momento de EC estabelece uma relação de maior proximidade com o âmbito da temática enunciada, pela maior probabilidade de ter como cliente-alvo, a pessoa submetida a cirurgia da coluna e sua família. Não obstante, e como se poderá posteriormente verificar no decurso da leitura deste documento, este contexto permitiu-me melhor compreender a globalidade e continuidade dos processos de transição hospital/comunidade vivenciados pelas pessoas e suas famílias. Por esse motivo, considero que a minha passagem por este contexto de EC ter-se-á constituído uma importante mais-valia no percurso formativo desenvolvido, ao ter renovando e redimensionando o olhar sobre as eventuais dificuldades com que a pessoa e família se deparam aquando o regresso aos seus contextos vivenciais.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro momentos. O primeiro momento contempla a presente introdução, onde se pretende dar a conhecer a contextualização e a justificação sucinta da pertinência da problemática escolhida, elencando o enquadramento concetual que lhe é subjacente, tendo por base os pressupostos e referenciais teóricos de Meleis e os resultados da evidência científica. Segue-se um segundo momento, que constitui o cerne deste relatório, e terá sido reservado à descrição e análise crítica do percurso desenvolvido, tendo em conta os objetivos previamente delineados e as estratégias levadas a cabo, com o propósito de dar resposta à problemática definida. O terceiro momento intitulado de “Avaliação e Trabalho Futuro” pretende expor, de forma crítica e reflexiva, os resultados obtidos mais relevantes e resultantes do percurso formativo desenvolvido, bem como as principais dificuldades percebidas. Neste capítulo serão também apresentadas novas perspetivas de desenvolvimento e de continuidade do trabalho iniciado, tendo em vista a sua implementação para a prática diária cuidativa. E o último capítulo, encerra a redação deste relatório, onde são apresentadas as principais Conclusões relativamente à contribuição deste projeto para o meu desenvolvimento profissional e para o avanço a enfermagem.

## **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO FORMATIVO**

A excelência na enfermagem, segundo Serrano (2008), passa indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte dos mesmos. A crescente complexidade das situações vivenciadas pelas populações, no que concerne às necessidades em cuidados de saúde, tem determinado uma elevada exigência a estes profissionais, que transcende o conjunto tradicional de saberes e de competências. É-lhes exigida a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes. Além disso, requer a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a auto avaliação e a formulação de contributos para a ciência de enfermagem. Neste seguimento, e partindo dos referenciais teóricos emanados pela Teoria de Meleis (2000), cuja centralidade é sobejamente manifesta no seio da comunidade científica de enfermagem, pareceu-me relevante aprofundar o conhecimento no cuidado transicional à pessoa submetida a cirurgia da coluna, na área da ER. Este foi o estímulo inicial e um importante ponto de apoio ao meu percurso individual de aprendizagem. Assim, este capítulo pretende agora, descrever e analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas, com vista ao desenvolvimento de competências no âmbito do conteúdo funcional específico do EEER, que tiveram como eixos norteadores os regulamentos de competências comuns do Enfermeiro Especialista, e de competências específicas do EEER- aprovados e publicados pela OE - os quais estiveram subordinados à problemática em estudo. A descrição das atividades será decomposta em cinco subcapítulos que correspondem às temáticas centrais e emergentes do meu percurso, onde pretendo dissertar o desenvolvimento de competências enquadradas para cada tema.

### **1.1. A aquisição de um novo papel e a integração no contexto de cuidados**

A trajetória académica desenvolvida no terceiro semestre comportou enormes desafios, nomeadamente, a integração de um novo papel profissional em contextos de cuidados (primários e diferenciados), inicialmente desconhecidos. A aquisição de

um novo papel e a integração no contexto de cuidados são no meu entender, duas condições indissociáveis entre si; mais ainda, são indispensáveis à construção de um saber-fazer especializado em enfermagem de reabilitação.

Reconhecida a importância da dimensão desta necessidade, fez todo o sentido na projeção deste percurso a realização de uma visita aos dois contextos de cuidados – primários e diferenciados – ainda numa fase pré-praxis, mais concretamente, no segundo semestre. Para o efeito, foi realizado um guião de entrevista (Apêndice II) que teve como principal objetivo melhor planear o projeto de formação com vista ao desenvolvimento de competências EEER, adequando-o à dinâmica e funcionamento dos contextos de ensino clínico, bem como aos principais domínios de intervenção no âmbito das competências específicas do EEER. A realização desta entrevista estruturada apesar de constituir um excelente ponto de partida, não representou por si só, uma estratégia esgotada para dar resposta aos objetivos supracitados. Foi indispensável a conjugação de outras estratégias para completar e complementar as informações inicialmente obtidas, tais como: a observação, a discussão e partilha de ideias junto da equipa, e em particular, junto dos enfermeiros supervisores, sobre as várias situações e contrariedades que foram surgindo no decurso do processo de aprendizagem no contexto da prática.

Passadas dezoito semanas de permanência num novo contexto de cuidados – primeiro num contexto de cuidados saúde diferenciados (Serviço de Neurocirurgia), e posteriormente, num contexto de cuidados de saúde primários (integrado numa ECCI) – este tempo pode ser resumido num crescendo contínuo das seguintes ações: observar, identificar, partilhar, planear, intervir e avaliar. Aparentemente pouco para quem lê, mas bastante para quem disfrutou deste tempo de experiência intensamente vivida e do tempo de retrospeção do que se viveu, tendo essas mesmas ações concorrido, de forma progressiva, para a assunção e construção de um novo papel profissional e para a integração num novo ambiente de cuidados. Tal como seria exetável, numa fase inicial, houve alguma dificuldade e insegurança sentidas na organização e na implementação das atividades, associadas a uma questão interna sempre muito presente: como começar? O caminho a percorrer afigurava-se ainda embaraçado, e a sensação, embora enganosa, era de retrocesso no percurso profissional, ao passar do patamar de perito no serviço de Ortopedia onde exerço funções, para um nível de iniciado, no âmbito dos cuidados especializados em ER.

Segundo D' Espiney (1996) a prática profissional é indissociável da dinâmica organizacional dos contextos de trabalho. E, foi a partir desta premissa, que foram planeadas e implementadas outras atividades que forneceram informações complementares às entrevistas realizadas no segundo semestre. A título de exemplo, a realização regular de reuniões informais com os Enfermeiros-chefes e EEER, e restante equipa multidisciplinar, representou importantes momentos pedagógicos, não só porque potenciaram uma melhor compreensão do papel do EER nos contextos de prestação de cuidados e de ensino clínico (tendo em conta a sua organização e dinâmica, a equipa e a população-alvo); como permitiu, simultaneamente, identificar necessidades de formação, redefinir novas estratégias e/ou atividades de aprendizagem, e redirecionar o projeto de formação, em função da identificação de limites à sua consecução naqueles contextos.

Concomitantemente, recorri à consulta e análise de documentos existentes no serviço e/ou instituição (manuais, normas, protocolos de atuação e instrumentos de registo), principalmente os mais relevantes para a prática especializada em enfermagem, atividade que se revelou igualmente estruturante neste processo de integração - num novo papel, num novo contexto. Gradualmente, fui ampliando o meu conhecimento acerca da caracterização dos serviços nos seguintes domínios: espaço físico, recursos materiais e humanos, dinâmica e funcionamento, bem como, as características e principais necessidades de cuidados em ER da população ali assistida.

O envolvimento progressivo nas equipas multidisciplinares contribuiu para solidificar a compreensão do papel do EEER como elemento dinamizador, firmando-me, em simultâneo, num trajeto de construção de um corpo de conhecimentos específicos e de edificação de um novo papel identitário, que me permitiu responder mais eficazmente às situações de cuidados, sempre novas e complexas, afirmando-me idónea e responsabilmente no seio das equipas que integrei. Assim, o processo de integração nos contextos de ensino clínico constituiu um processo de transição, na medida em que, conforme é reiterado por Abreu (2008), citando Meleis (1997), requereu a interiorização de novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento, e consequentemente, redefinir-me no contexto profissional.

Poder-se-á assim dizer que, na construção desta nova identidade profissional e na integração em cada EC, esteve implícito todo um processo de socialização, com



contornos eminentemente relacionais. Desta feita, a minha intencionalidade foi colocada na criação de um ambiente relacional favorável de modo a conquistar progressivamente a confiança dos elementos das equipas que integrei, e a criar espaços de partilha de conhecimentos e decisões, dando o meu cunho pessoal para um mútuo respeito pelas atividades de cada um dos profissionais, já existente. Enalteço o acolhimento por parte de toda a equipa multidisciplinar, bem como todo o processo supervisivo de que fui alvo. No meu entender, as estratégias supervisivas foram subsidiadoras de oportunidades de análise, reflexão e acompanhamento, que de forma dinâmica, contínua e pedagógica, permitiram desenvolver e estimular o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de cuidados.

## **1.2. O EEER na gestão dos cuidados: interdisciplinaridade, articulação e continuidade**

*“A sociedade e o individuo não são antagónicos mas interdependentes”*

Ruth Benedict *in* Padrões de cultura

A frase supra parafraseada serve de mote à redação deste subcapítulo que tem como foco central a descrição das atividades desenvolvidas em torno de um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: a gestão de cuidados. Embora seja um domínio comum, importa enquadrá-lo naquilo que é a essência da reabilitação, na medida em que se trata de uma especialidade, na área da saúde, que aborda a pessoa em constante interação com o seu ambiente e sociedade, e que por isso, usufrui de um conhecimento que lhe é próprio.

De acordo com a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, o conceito de reabilitação assenta nos seguintes enunciados descritivos:

- 1- A reabilitação é um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma actividade considerada normal.
- 2- O processo de reabilitação envolve o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a cooperação dos profissionais aos vários níveis sectoriais e o empenhamento da comunidade. (Lei nº 9/89 de 2 de Maio, artigo 3º, p.1796)

Posto isto, a reabilitação, como especialidade multidisciplinar, requer o esforço coordenado e articulado das mais variadas profissões, além do esforço da própria pessoa, e claro está, da família e da comunidade. No âmbito deste processo – que se pressupõe coletivo, dinâmico, empreendedor e sensível às necessidades da sociedade - residem os seguintes desafios: a interdisciplinaridade, a adequada articulação entre os serviços de saúde e a garantia da continuidade dos cuidados prestados. Qualquer um deles pode ser considerado de difícil superação, ao analisarmos as inúmeras barreiras ainda por transpor nos diversos contextos de cuidados.

O primeiro desafio - a interdisciplinaridade – é designada como “ um grupo de intervenientes com especificidades diferentes, que se complementam, mas revelam, sobretudo, uma maneira de actuar em que a noção da equipa é primordial” (Hesbeen,2003, p.70). Vencer este desafio pressupõe romper a delimitação das fronteiras profissionais - uma cultura que se encontra ainda muito enraizada nas equipas de saúde – em que, cada profissão trabalha isoladamente e não estabelece relações dialógicas, de cooperação e de partilha entre as várias áreas de conhecimento das outras profissões que a complementam. Nesta sequência, saliento a realização de reuniões interdisciplinares em ambos os contextos de ensino clínico, como uma importante estratégia promotora do diálogo e cooperação entre as diferentes áreas de conhecimento, e nas quais tive oportunidade de participar. Na minha perspetiva, estes momentos representaram importantes espaços de interação interdisciplinar, em que a pessoa recetora de cuidados, e respetiva família, assumiram o centro da atenção de todos os saberes e sob diferentes ângulos de análise. Por outro lado, a minha participação nestas reuniões permitiu a concretização mais formal de algumas atividades planeadas, tais como: a partilha junto da equipa multiprofissional da informação relevante para o processo de cuidar e respetiva avaliação, bem como, a negociação e a referenciação para outros profissionais de saúde. No entanto, quero ainda ressaltar que o desenvolvimento destas atividades não se restringiu apenas à frequência destes encontros (semanalmente no contexto de cuidados diferenciados, ou quinzenalmente no contexto de cuidados de saúde primários). As atividades anteriormente apresentadas foram levadas a cabo noutras situações inerentes aos ambientes de prestação de cuidados: passagens de turno,

reuniões informais junto dos vários elementos das equipas multidisciplinares que integrei, e utilização de instrumentos de registo disponíveis.

Durante a minha permanência no contexto de cuidados na comunidade, encontrava-se em fase de construção e de implementação um novo instrumento de registo multidisciplinar – o Plano Individual de Intervenção. Este documento vem reforçar a lógica interdisciplinar, e pretende espelhar os cuidados prestados por toda a equipa, em que os objetivos a atingir e as atividades subsequentes são definidos por todos, no âmbito das qualificações profissionais de cada um, face às necessidades identificadas e expectativas da pessoa e sua família. Nele está também implícita a realização de avaliação periódicas, que visam orientar os planos de ação interdisciplinar e, facilitar a monitorização e análise do desempenho assistencial integrado e individualizado.

Assente neste modelo de gestão de cuidados que vigora na ECCL que integrei, surge a figura do gestor de caso. De acordo com Martins e Fernandes (2010), a gestão de caso é um processo de gestão de cuidados que visa disponibilizar um serviço direcionado e coerente, evitando a fragmentação de cuidados. A seleção do gestor de caso é decidida pela equipa multidisciplinar, com base na problemática predominante da situação de cada utente ou família, podendo no entanto haver necessidade de mudança do gestor de caso. Nestas circunstâncias, o EEER é comumente designado como gestor de caso para muitas dos utentes beneficiários dos cuidados da ECCL, ao verificar-se que a maior necessidade de cuidados de saúde dos utentes admitidos recaem sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação. Embora em situação de colaboração e sob orientação do enfermeiro orientador, tive a oportunidade de assumir a liderança no processo de tomada de decisões, como gestora de cuidados, ao desenvolver algumas atividades que são inerentes ao desempenho deste papel, designadamente: atualização permanente dos diagnósticos e intervenções nos sistemas de informação (SAPE e *Gestcare* CCI); participação na discussão de casos nas reuniões interdisciplinares; negociação do plano de cuidados com o utente e sua família; referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde; articulação com outros serviços de saúde, unidades funcionais do ACES e recursos da comunidade; criação de condições para a alta e decisão da alta; e gestão eficiente do tempo de permanência do utente na ECCL.

“Superado” o desafio da interdisciplinaridade, outro dos grandes constrangimentos ao processo de reabilitação são as fronteiras bem delimitadas - e por vezes, intransponíveis - entre as diferentes estruturas organizacionais de saúde. Este é um obstáculo que, na qualidade de enfermeira e futura especialista em enfermagem de reabilitação, me deparei (e me deparo) por diversas vezes, e que por isso, foi alvo de reflexão em inúmeras situações experienciadas no decurso deste ensino clínico. A inexistência de canais de comunicação ágeis e eficazes entre as organizações de saúde, impede uma articulação estreita entre si, que compromete a garantia da continuidade dos cuidados e a prestação de cuidados individualizados e adequados à pessoa, família, e/ou pessoa significativa. Esta ausência de relação interinstitucional foi muitas vezes percebida no decurso do ensino clínico, sobretudo no ambiente de cuidados de saúde primários, o que assumiu repercussões negativas na vivência dos processos de transição do meio hospitalar para o domicílio, tanto pela pessoa, como pela família, que muitas vezes se vê confrontada com a necessidade de assumir um novo papel – a de prestador de cuidados. É certo que esta era uma realidade para a qual já estava desperta, antes da minha permanência na ECCI, sendo já objeto de análise e de intervenção no campo de estágio anterior (desenvolvido em cuidados de saúde diferenciados), o que foi materializado no jornal de aprendizagem (Apêndice XII) e no plano de cuidados que desenvolvi (Apêndice IV). Contudo, partilhar na primeira pessoa e com os próprios protagonistas da história, nos seus contextos vivenciais, foi sem dúvida uma das experiências mais marcantes no decurso destas 18 semanas, ao tomar maior consciência da elevada dimensão que esta problemática importa para a vida das pessoas e suas famílias. Um regresso a casa desajustado e fragmentado da realidade, torna-o num processo severamente penoso para quem o experiencia, e que muitas vezes se exprime pela verbalização de sentimentos de dúvida, insegurança, desespero e sobrecarga física e/ou psicológica. Não são raros os casos em que a pessoa regressa a casa, sem que lhe tivesse sido dada a oportunidade a si e à sua família, de treinar algumas técnicas/procedimentos inerentes ao autocuidado, e sem o esclarecimento acerca dos recursos disponíveis na comunidade e tipos de produtos de apoio, bem como outras estratégias adaptativas, no sentido de os auxiliar na satisfação das suas necessidades. Para além disso, este contato de maior proximidade com a comunidade, permitiu-me melhor compreender as necessidades que os utentes e suas famílias mais referem, e até que

ponto a intervenção do enfermeiro, e em particular do EEER, pode ser ajustada para um maior contributo no processo transicional, para que a pessoa integrada no seu meio, consiga atingir um nível de qualidade de vida satisfatório.

Assegurar a continuidade de cuidados pressupõe também a delegação, segura e de qualidade, de algumas atividades à pessoa e/ou sua família através de uma boa orientação e um acompanhamento contínuo no processo de aprendizagem de novas habilidades, até que se justifique. Esta foi também uma das atividades previstas, e que por mim fora também realizada e aperfeiçoada durante o percurso de aprendizagem desenvolvido.

Reportando-me à circunscrição temática do meu projeto de aprendizagem - *Intervenção do EEER no processo de transição da Pessoa submetida a Cirurgia da Coluna, no período peri-operatório* – as problemáticas apresentadas representam um largo campo de reflexão, ação e de desafio ao EEER. No exercício das minhas funções, num serviço de Especialidades Cirúrgicas, constato que os períodos de internamento da pessoa que é submetida a cirurgia da coluna são cada vez menores, e obtidos através do encurtamento do período pré-operatório (o internamento deixa de ser efetuado na véspera da cirurgia e passa a ser feito no próprio dia, na grande parte dos casos) e de altas cada vez mais precoces, cuja justificativa se inscreve numa política de racionalização dos cuidados de saúde, muito vigente nas atuais instituições hospitalares. Mediante a reflexão sobre estes problemas, levantam-se as seguintes questões: “ Os enfermeiros serão capazes de desenvolver intervenções que permitam ao cuidador e ao utente, uma apropriada transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio? O tempo diminuto de internamento será suficiente para que as pessoas submetidas a cirurgias da coluna e seus prestadores de cuidados compreendam a formação e a informação transmitidas? Julgo que as respostas a estas questões nunca poderão ser obtidas no imediato, ou seja, no período de internamento, uma vez que grande parte destes utentes recuperam da sua condição, nos seus domicílios, e com a ajuda dos seus familiares. Tal fato vem assim reforçar, a importância da articulação entre os dois níveis de cuidados (primários e diferenciados) e o planeamento de alta efetivo e individualizado, que seja visador do empoderamento e da capacitação para o autocuidado, quer do próprio, quer da pessoa cuidadora. Isto pressupõe antecipar as necessidades de cuidados da pessoa

e sua família e/ou pessoa significativa, dentro de um contexto sociofamiliar que lhes pertence.

Em suma, posso afirmar que no âmbito da “Gestão de Cuidados”, realizei todas as atividades previstas. Enquanto futura EEER, desenvolvi as minhas intervenções em articulação e complementaridade com os outros profissionais, tendo assumido uma participação ativa na tomada de decisões da equipa multidisciplinar, sem nunca descorar o respeito pelas várias identidades específicas de cada interveniente, e em ambos os contextos de prestação de cuidados.

No percurso desenvolvido, tive o privilégio de desfrutar de um ambiente relacional favorável entre as diferentes categorias profissionais das equipas que integrei, o que foi favorecedor à consecução dos objetivos planeados. Por outro lado, a maturidade profissional que caracteriza cada uma das equipas, ajudou-me a aprender a comemorar as vitórias, como também a conviver e a aceitar com tranquilidade os “fracassos”, com que também vamos sendo confrontados nos processos de reabilitação.

### **1.3. Ambientes seguros e protetores: condição essencial à transição saudável e positiva**

*"Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito.  
É preciso também que haja silêncio dentro da alma".*

Alberto Caeiro

O tema deste subcapítulo serve de eixo estruturante e organizador à descrição, análise e reflexão de várias atividades planeadas (Apêndice IV), e que entendo ser transversal aos vários domínios de competências - sejam elas de carácter funcional específico do EEER, sejam elas de âmbito comum do enfermeiro especialista – e que passo a designar: a) Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou participação para a reinserção e exercício de cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; d) Domínio da responsabilidade, ética e legal.

Os enfermeiros de reabilitação, segundo Hoeman (2000), detêm um papel preponderante na promoção de intervenções, que visem não só, a manutenção das capacidades funcionais da pessoa e a prevenção de complicações, bem como a

defesa do direito à qualidade de vida, socialização e dignidade. Para que tal se reproduza, o EEER deve implicar-se na equipa interdisciplinar, como agente de mudança e perito, ao facultar à pessoa e/ou família, conhecimentos que lhes permitam desenvolver um conjunto de estratégias de resolução de problemas, potenciadoras de comportamentos de adaptação positiva e advogadoras de uma qualidade de vida ótima. Sendo por excelência, um elemento educador e capacitador, dentro dos vários atores que compõem o processo de reabilitação, o EEER deve orientar as suas intervenções em torno de uma readaptação positiva da pessoa perante a mudança contínua nos processos de saúde e doença. E neste seguimento, a OE (2011) defende que na orientação desta prática especializada, os modelos de autocuidado e das transições, revelam-se estruturantes na otimização da qualidade do exercício profissional.

A pessoa que é submetida a cirurgia da coluna, conforme comprova a literatura, pode enfrentar múltiplas mudanças nos seus processos de saúde e doença, resultado da vivência de inúmeros momentos críticos. No decurso do ensino clínico, desenvolvido num serviço de NC – em que um grande número de utentes aqui admitidos são propostos para cirurgia da coluna – pude testemunhar uma enorme diversidade de respostas humanas geradas na vivência desses eventos, frequentemente associados a um longo percurso de dor crónica e incapacitante, e a um tempo prolongado de internamentos, frequentes e recorrentes. Embora sejam sempre experienciados, de forma única e singular, observam-se alguns aspetos que lhes são transversais: o afastamento da pessoa do seu contexto familiar, profissional e social; e consequentemente, o desenvolvimento de sentimentos de incerteza e vulnerabilidade, que no seu conjunto, podem ser conducentes à ocorrência de fenómenos de transição. Estes fenómenos, segundo Chick & Meleis (1986) implicam a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, que embora sendo um processo de transformação indispensável ao desenvolvimento humano, tendem a colocar o indivíduo numa posição mais suscetível aos riscos, e por isso, de maior vulnerabilidade, podendo a sua saúde e bem-estar virem a ser afetados. Como afirmam Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000), os conceitos de transição e vulnerabilidade encontram-se permanentemente interligados, e entre os quais, existem interações e condicionalismos ambientais, passíveis de conduzir a processos

de coping prolongados e pouco eficazes que se traduzem numa incapacidade de resolução favorável de transição.

Focando nos potenciais processos de transição vivenciados pela pessoa que é submetida a cirurgia da coluna, estas podem ocorrer nos diferentes níveis. Do ponto de vista saúde/doença, a pessoa é confrontada, mesmo na ausência de complicações pós-operatórias, com acontecimentos críticos, tais como: o próprio internamento, a alta hospitalar e o processo de reabilitação. Contudo, Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacker (2000) reiteram que, dada a elevada multiplicidade e complexidade dos padrões de transição, a pessoa pode vivenciar várias transições em simultâneo, em vez de experimentar uma única transição, as quais não podem ser dissecadas ou distinguidas nos vários contextos da sua vida diária. Concretizando esta ideia no âmbito da temática em estudo, estes fenómenos transacionais de saúde/doença, que são mais ou menos expectáveis, podem originar situações súbitas e imprevisíveis, as quais se podem relacionar com fenómenos de natureza situacional e organizacional. Todos eles concorrem, de forma inesperada e inevitável, para uma série de mudanças desestabilizadoras, que para além de interferirem no quotidiano de quem as experiencia, podem conduzir ao desequilíbrio homeostático, e por conseguinte, ao insucesso. A proporção destes acontecimentos aumenta exponencialmente, quando lhe são acrescidos os eventos críticos associados a desfechos pós-operatórios desfavoráveis que ocorrem nalguns indivíduos submetidos a cirurgia da coluna, como já evidenciado pelos autores Falavigna, Teles, Braga, Barazzetti, Lazzaretti & Tregnago (2011). Essas repercussões podem manifestar-se nas seguintes dimensões: atividade funcional, qualidade de vida, satisfação, dor e distúrbios cognitivo-comportamentais.

Exemplifico o anteriormente exposto com o caso da Sr<sup>a</sup>. A.P., que na sequência de uma patologia degenerativa grave da coluna, tem sido sujeita a internamentos recorrentes e prolongados. Passado cerca de um ano após ter sido submetida a instrumentação cirúrgica da coluna, regressa novamente ao contexto de internamento, para tratamento de infeção de ferida cirúrgica (limpeza cirúrgica e antibioterapia endovenosa de longa duração), cujo tempo de permanência rondou quase a totalidade deste período de ensino clínico desenvolvido neste contexto.

Apesar da relação substancial entre um quadro álgico constante e incapacitante, e uma espiral descendente física e emocional, que é referida pelos



autores Amaral, Marchi, Oliveira & Pimenta (2010), a Sr<sup>a</sup>. A.P. manifestava uma atitude otimista e de aceitação face à sua condição clínica que, não só rompia com o habitual quadro de descondicionamento físico e mental anteriormente descrito, como também, contagiava outros utentes ali internados, revelando uma adaptação positiva à sua situação de saúde/doença. Contudo, com o prolongar do internamento, outros sentimentos contraditórios foram-se progressivamente instalando, nomeadamente, o desânimo e inaceitação da sua condição, apesar do esforço notável de toda a equipa (onde se inclui a família) em tentar amenizar a dureza de um tempo de internamento “interminável”. Estes estados emocionais, segundo a própria, deviam-se sobretudo ao afastamento da sua casa e família, imposta pela necessidade de administração de um antibiótico uma vez ao dia. Embora houvesse uma presença quase permanente do seu marido, as visitas dos restantes familiares era feitas apenas ao fim-de-semana, motivos que se prendiam, não só com a atividade profissional dos próprios, como também com a distância entre a instituição onde estava internada, e o local de residência da doente e sua família. A solução pensada e tentada pela equipa seria a Sr.<sup>a</sup> A.P. regressar ao domicílio, e fazer a antibioterapia em regime de ambulatório, na unidade de cuidados de saúde primários da sua área de residência, mas que não foi aceite por este serviço de saúde, decisão que a condenou ao protelamento do seu isolamento social e familiar.

Ainda neste contexto clínico, surgiram outros desafios relacionados com as distâncias geográficas que as famílias e/ou pessoas significativas teriam de percorrer para visitar a pessoa internada. Tal é atribuído ao fato, deste serviço apresentar uma área de abrangência muito extensa, e que por isso, condiciona a frequência da presença da família, e por conseguinte, o seu envolvimento nos cuidados. Reconhecer a família como porto de abrigo, é ao mesmo tempo reconhecer, que também ela necessita da atenção dos cuidados de ER. Pois, para além de vivenciar toda a experiência de evolução da doença crónica, a família, enquanto instituição implicada no processo de transição, é alvo de profundas reestruturações e ajustes nas relações intrafamiliares, que requerem do EEER a oferta de estratégias facilitadoras no processo de recuperação física e psicossocial, no sentido de proporcionar um ambiente seguro e protetor, favorável à transição saudável e positiva.

Posto isto, apresento o caso do Sr. C.A., que elegi para a implementação do processo de enfermagem de reabilitação (Apêndice V), no qual tive presente a

preocupação do envolvimento da sua mãe, e agora, cuidadora. Contudo, por constrangimentos financeiros, a mãe do Sr. C.A. não podia deslocar-se com a frequência ideal e por ela desejada, e o tempo de contato estabelecido com a mesma revelou-se diminuto. Não obstante, este tempo de contato permitiu dar continuidade à avaliação, já iniciada junto do Sr. C.A., e relativa às necessidades e recursos do cliente (pessoais, familiares e da comunidade) no seu processo de transição hospital/comunidade, tendo em vista a melhor adaptação do seu contexto domiciliário à nova condição. Durante esta avaliação, foi apelado à cuidadora a identificação das condições da habitação em termos de barreiras arquitetónicas e fatores facilitadores da queda, ao mesmo tempo que fui introduzindo, o ensino oportuno de algumas medidas de segurança a serem adotadas para a prevenção de quedas no domicílio. Por outro lado, procurei neste tempo de contato, o seu envolvimento no programa de treino de AVD do Sr. C.A., tanto na sua fase de planeamento, como na fase de implementação. Contudo, o tempo de contato com a cuidadora revelou-se, quanto a mim, deficitário para uma adequada preparação e interiorização de competências para o desempenho do cuidado informal.

Esta era ainda uma fase inicial deste ensino clínico, e por isso, reconheço que ainda estava muito focada na compreensão da dinâmica e organização do serviço, com vista à minha integração plena, bem como, na correta execução de técnicas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização do desempenho a nível respiratório e sensoriomotor da pessoa a quem prestava cuidados. Como diz Benner “no início, a execução é hesitante e é rígida, é absolutamente necessário apoiar-se sobre instruções explícitas.” (2001, p.62) Todavia, a consciência de que tinha ficado algo por fazer, no domínio do envolvimento e da capacitação da cuidadora no treino de AVD do Sr. C.A., fora por mim encarada de forma positiva e construtivista, pois potenciou a autorreflexão para a importância da otimização e sistematização do tempo de contato junto da família, em situações vindouras, na busca do refinamento contínuo das minhas intervenções enquanto futura EEER. Mais tarde, a minha permanência em contexto comunitário veio expandir a minha consciência, ao revelar que a potenciação deste processo de adaptação da pessoa e família não termina com o momento da alta hospitalar, e até assume maior significado nos contextos vivenciais dos próprios. Desta feita, é perentório que o EEER percecione e respeite os limites das sua intervenção em contexto hospitalar, e por isso, reconheça a necessidade de

referenciação e encaminhamento para outros prestadores de cuidados de saúde na comunidade, garantindo assim a continuidade e a segurança dos cuidados nos contextos reais da pessoa e sua família. Entendo assim, que o esforço coordenado e articulado entre os diferentes profissionais de reabilitação nos dois níveis de cuidados (primários e secundários) será uma condição essencial à criação de ambientes facilitadores ao processo de transição hospital/comunidade vivenciado pela pessoa e sua família.

O processo de recuperação funcional é um processo lento (sobretudo quando encarado na ótica da própria pessoa) e tortuoso, onde as pequenas conquistas são grandes vitórias, mas onde o desânimo acaba naturalmente por surgir, podendo condicionar todo o processo. Face ao exposto, retomo ao caso do Sr. C.A. Dia após dia, a equipa multidisciplinar assistia a uma franca melhoria do seu estado clínico e da sua capacidade funcional respiratória e sensoriomotora, fato que me deixou interiormente orgulhosa por ter feito parte desse processo interdisciplinar, e num papel diferente daquele que desempenho habitualmente. Contudo, os quadros emocionais do Sr. C.A. nem sempre eram compatíveis com essa evolução. Os sentimentos manifestados através do discurso por ele verbalizado e sua linguagem corporal eram oscilantes: nalguns momentos estava presente o entusiasmo e o sentimento de realização perante uma nova conquista; noutros momentos, o sentimento de frustração e a sensação de auto-ineficácia predominavam. Este contexto condicionou, por vezes, um padrão comportamental passivo, marcado pela falta de auto-motivação e alguma renitência a sugestões que ousassem quebrar a protelação de um estado de dependência, interferindo negativamente no processo adaptativo à sua incapacidade. Romper este ciclo exigia ainda o planeamento de outras intervenções para surtir efeitos sinérgicos aos demais cuidados, incrementando no Sr. C.A. uma maior motivação e autonomia possível, que se basearam na criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de uma relação empática e na eliminação de barreiras de aproximação e/ou de comunicação. Neste sentido, foram planeadas as seguintes intervenções, algumas das quais também previstas no meu projeto de formação: identificação das necessidades de intervenção psicossocial, expectativas funcionais e recursos do Sr. C.A; explicação da importância e fases do programa de reabilitação sensoriomotor e respiratório; ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar com vista à maximização do desempenho a nível respiratório e sensoriomotor, tendo em

conta os seus objetivos e preferências individuais; negociação permanente de estratégias de resolução de problemas em parceria com o Sr. C.A. e sua cuidadora, disponibilizando todas as opções de resolução possíveis; reforço positivo dos esforços e conquistas diárias do Sr. C.A. e promoção do humor saudável; incentivo do Sr. C.A. a iniciar o difícil processo de pensar em alternativas e a pensar-se, tendo em vista a sua máxima participação no planeamento e realização de atividades; e incentivo à procura do seu suporte familiar (mãe e filhos) e amigos, na sua vida quotidiana.

Em vez de “cuidar de”, as intervenções desenvolvidas tiveram como foco central, dotar o Sr. C.A. e sua cuidadora, de capacidades, de conhecimentos e perícias que lhes permitissem, a longo prazo, cuidar deles próprios, fazendo-os ao mesmo tempo acreditar nas suas habilidades para gerir os seus próprios recursos e perseguir os seus projetos de vida. E, após a implementação das atividades planeadas, o Sr. C.A. revelou uma progressiva e positiva alteração da perceção da sua situação clínica - mais otimista no final internamento – assumindo uma postura mais proactiva no seu processo de reabilitação. Embora mantivesse alguns períodos de labilidade emocional, a promoção do humor saudável revelou-se benéfica, tendo o Sr. C.A. esboçado sorrisos em diversas situações e tendo ele próprio provocado situações de humor. Eis que surgem os primeiros sinais de renovação de comportamentos e auto perceções do Sr. C.A., sugerindo aquele que pode ser o início de uma transição saudável e positiva. Os resultados positivos obtidos reforçam a importância da relação de parceria que deve ser estabelecida com a pessoa e sua família, baseada na valorização das informações fornecidas pelos próprios, nas necessidades demonstradas pelos mesmos, e na disponibilização de tempo e atenção por parte do EEER. Assim, a minha conduta profissional visou distanciar-se da tendência tradicionalmente paternalista, tendo-me posicionado para trabalhar “com”, ao invés de “para” a pessoa, família e comunidade. Desta feita, não só cumpro a realização todas as atividades previstas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, como também, e acima de tudo, assumi o dever de “a) dar (...) atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento de potencialidades da pessoa” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.107).

A relação de parceria que foi estabelecida com o Sr. C.A. e sua cuidadora, baseada no envolvimento significativo de ambos na tomada de decisão e na

recuperação da sua independência funcional, demonstrou-se subsidiadora à criação de um ambiente favorável a transição saudável e positiva. Por um lado, permitiu-me, enquanto futura EEER, melhor compreender os seus contextos vivenciais de transição deste agregado familiar, bem como, identificar os fatores facilitadores e inibidores, que poderiam ser influenciados e potenciados. Por outro lado, com base na recolha de informação obtida, permitiu-me a implementação de um programa de reabilitação individualizado, em complementaridade funcional com a equipa multidisciplinar, ao disponibilizar todas as opções de resolução possíveis, com sentido para ambos e adequadas aos seus contextos vivenciais. Cardol, Jong & Ward (2002) fortalecem a importância desta ideia, ao referir que, um programa de reabilitação individualizado, e por isso, com sentido para a pessoa a que se dirige, promove não só, a sensação de controlo na tomada de decisões, como também a acomodação prática e emocional à incapacidade, conduzindo ao desenvolvimento de diferentes estratégias de ajustamento para a maximização da autonomia pessoal e participação social. Esta linha de pensamento vem romper com a inevitabilidade da desesperança vivenciada pela pessoa submetida a cirurgia da coluna, abrindo espaço para o desenvolvimento de “processos emocionais que ajudam na recuperação, como a boa capacidade de enfrentamento, ou seja, pensamentos, sentimentos e comportamentos específicos do indivíduo para lidar com a dor de forma adaptativa.” (Amaral, Marchi, Oliveira & Pimenta, 2010, p.154).

O anteriormente exposto encontra-se também suportado no que é defendido por Meleis (2010). Segundo a autora, para melhor compreender o contexto de transição é fundamental conhecer fatores facilitadores e inibidores, que se prendem com as condições pessoais, sociais e culturais. Na pessoa proposta para cirurgia eletiva da coluna podem ser identificados uma série de fatores psicossociais preditores de um prognóstico desfavorável: “transtornos de personalidade (...) baixo nível de educação, maior nível de dor no pré-operatório, insatisfação em relação ao trabalho, maior duração de afastamento do trabalho por doença, níveis aumentados de ansiedade e somatização.” (Falavigna, Teles, Braga, Barazzetti, Lazzaretti & Tregnago, 2011, p. 62) A estes acrescentam-se outros fatores inibidores pessoais e socioeconómicos - atitudes de evitação, medos e crenças relativamente ao trabalho e à atividade física, suporte social e familiar e condições económicas e profissionais – descritos pelos autores Amaral, Marchi, Oliveira & Pimenta (2010) e Falavigna, Neto

& Teles (2009). Em contrapartida, a preparação e o conhecimento prévio para uma determinada experiência de transição pode ser, na perspectiva de Meleis (2010), um agente facilitador. Para o efeito, o enfermeiro deve influenciar e potenciar este fator no processo de transição, através do planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa e suas habilidades, com tradução positiva na gestão de processos saúde-doença e no desenvolvimento de aptidão máxima. A teórica Meleis (2010) alude ainda que, uma transição saudável e positiva implica o recrutamento de recursos de adaptação eficazes com vista à recuperação do bem-estar global. Neste contexto, é imprescindível que o indivíduo tenha a percepção e o conhecimento/reconhecimento de uma determinada mudança que experencia, e em simultâneo mobilizar informações relativas a situações similares de modo a integrá-las nas suas próprias vivências num processo de consciencialização, compromisso e envolvimento permanentes.

Seguindo esta linha de raciocínio, a pessoa submetida a cirurgia da coluna, deve atuar como um agente ativo e central no seu processo de transição hospital/comunidade, pois é da sua percepção e da sua vivência que se desenvolve a ação. Ao EEER cabe o desempenho do papel “secundário” (embora determinante) de consultor junto da pessoa e família, sendo “alguém que oferece àquele que cuida um mapa das estradas. Este mapa não indica o caminho por onde deve seguir mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e os inúmeros caminhos para lá chegar” (Hesbeen, 2003, p.XIV) “. Nesta perspectiva encontra-se expresso o conceito de respeito pela autonomia, ao reconhecer a pessoa como um fim em si mesma, ou seja, “livre e autónoma, capaz de autogovernar-se, de decidir por si mesma” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 53). No entanto, o exercício da autonomia tem como pressuposto básico a disponibilização de informações claras e compreensíveis, para que a pessoa possa proceder a uma escolha livre e esclarecida face às diversas possibilidades de que dispõe.

No que concerne à pessoa submetida a cirurgia da coluna, seria desejável que, os referidos “mapas” fossem disponibilizados na fase pré-operatória, para que esta possa decidir os “caminhos” a prosseguir, numa fase de maior clareza e menor ansiedade, e sem a existência de dor pós-operatória. Por outro lado, e segundo as autoras Kisner & Colby (2009), este contato pré-operatório permite melhor conhecer a condição funcional pré-operatória da pessoa para a monitorização da sua

recuperação funcional no pós-operatório, ao mesmo tempo que representa uma oportunidade quase única, na identificação e priorização das necessidades da pessoa, e na melhor compreensão das suas metas e expectativas funcionais. Para além disso, as mesmas autoras advogam que este processo de interação no período pré-operatório favorece a continuidade do plano de reabilitação após a cirurgia, ao garantir a educação do cliente sobre aspetos relacionados com a intervenção cirúrgica, processo de internamento e os componentes da reabilitação pós-operatória. Pelos inúmeros benefícios apresentados, depreende-se que no período pré-operatório se inscreve também um contexto facilitador para a ocorrência saudável dos múltiplos processos transitivos e respetiva assimilação, face aos quais a pessoa que é submetida a cirurgia da coluna é potencialmente exposta. Embora iniciado na fase pré-operatória, o processo reabilitativo deve ser continuado no pós-operatório, baseando-se na avaliação inicial e contínua do cliente, e integrando permanentemente a educação para a saúde.

No decurso deste ensino clínico, tal como enunciado no plano de atividades, procedi à avaliação pré-operatória da motivação, habilidades cognitivas, comportamentais e motoras do cliente para a adesão a um programa de reabilitação, integrando, em simultâneo, a educação para a saúde com início no momento pré-operatório e continuado no pós-operatório relativamente a: posicionamentos, mobilidade e transferências; uso de equipamentos adaptativos; treino de exercício; mecânica e alinhamento corporal; retorno progressivo e seguro à vida ativa (ambas atividades previstas no projeto de formação pessoal). Outras das atividades desenvolvidas na fase pré-operatória, foi o planeamento e implementação de intervenções de reeducação funcional respiratória. Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia (1998) defendem que esta preparação pré-operatória tem uma ação essencialmente profilática, ao prevenir ou corrigir as complicações pós-operatórias, e permite preparar a pessoa o melhor possível para a intervenção cirúrgica. Nesta preparação incluiu-se o ensino relativamente a: posições de descanso e relaxamento; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; exercícios respiratórios (reeducação diafragmática e reeducação costal); tosse com contenção da ferida cirúrgica; e reeducação postural. Ainda numa fase pré-operatória, as pessoas reconhecerem os benefícios destas intervenções, ao referiram menor ansiedade pré-operatória e alívio da dor após a realização de técnicas de RFR. Outros dos ganhos

identificados na implementação deste programa educacional pré-operatório foram uma melhor aprendizagem e colaboração na adoção de alguns exercícios e atitudes adotadas no pós-operatório. Embora os esforços desenvolvidos tenham sido no sentido de iniciar o programa de educação numa fase pré-operatória, a sua concretização nem sempre foi fácil e possível. Por um lado, as pessoas propostas para cirurgia eletiva da coluna eram admitidas no próprio dia da cirurgia, sendo que o tempo diminuto de permanência no serviço antes da intervenção cirúrgica foi inviabilizador da implementação de todas as ações educativas necessárias. Por outro lado, muitos dos clientes eram admitidos no serviço já numa fase pós-operatória. A problemática identificada e possíveis estratégias de intervenção, foram colocadas à discussão junto da Enfermeira Chefe, Enfermeiro Orientador, e restante equipa de enfermagem. Nesta sequência sugeri a implementação de uma consulta pré-operatória, mas que segundo a equipa, esta estratégia já tinha sido tentada no passado e revelou-se inexecutável por motivos administrativos.

No entanto, importa ressaltar que as possibilidades de intervenção do EEER não ficam esgotadas nesta fase. Há um longo percurso a ser percorrido, e que é comum não só à pessoa submetida a cirurgia da coluna, como também à sua família e enfermeiro de reabilitação. Este processo resulta assim de um encontro - que em circunstâncias ideais dever-se-ia iniciar na fase pré-operatória - e de um acompanhamento – que é transversal a todas as fases do processo de reabilitação (pré-operatório, pós-operatório e transição hospital/comunidade). Neste percurso o EEER acolhe a pessoa e sua família e caminha a seu lado, indo de encontro às suas necessidades e expectativas, em detrimento das competências gerais que o enfermeiro poderia considerar essencial à reintegração e participação social da pessoa que é submetida a cirurgia da coluna e sua família. A ambição desta ajuda, conforme reitera Hesbeen (2003), é o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência, cujo discurso não deve ser intrusivo, nem prescritivo, reconhecendo a dignidade absoluta desse outro, e permitindo-lhe que seja ou volte a ser ele mesmo o criador da sua história. Foi com base neste espírito, profundo e genuinamente humano, que tentei animar as minhas intervenções de ER ao longo destas dezoito semanas de ensino clínico, visando estabelecer uma relação que interligasse a competência técnica com a vivência ética do encontro, assumindo também o dever de, segundo o Artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro, alínea “d) Salvar os direitos da pessoa



com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.51).

Em suma, a perspetiva que parece mais adequada ao contexto da reabilitação, e por isso, facilitadora de uma transição saudável, é aquela que integra a ética do cuidar e maximiza a oportunidade da pessoa atuar genuinamente no seu contexto social, sem negar a natureza interdependente da pessoa com o outro, sendo por isso, cabal o envolvimento da família nos cuidados. Neste processo são contemplados não só direitos da pessoa, como também a noção de responsabilidade e a sua capacidade decisória no seu projeto de saúde. E em jeito de síntese, o processo de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa submetida a cirurgia a coluna deve visar o seguinte: a preparação antecipatória para a transição (com início no pré-operatório e através da educação para a saúde); a preparação para a mudança de papéis da díade cliente/família, indo de encontro às suas reais necessidades; e a prevenção de efeitos negativos da pessoa em transição baseado num planeamento de alta efetivo. Os resultados expectáveis desta interação serão: o domínio das habilidades e comportamentos necessários para a gestão dos processos de saúde-doença, a reformulação da identidade e o desenvolvimento da aptidão máxima da pessoa e/ou família – sendo sinalizadores da conclusão de uma transição saudável e positiva.

A vivência das situações de cuidados apresentadas, entre muitas outras, vêm confirmar a enorme complexidade das situações humanas com que a prática especializada em ER se pode debater no seu quotidiano, exigindo ações multifacetadas. Com frequência suscitaram uma série de surpresas e interrogações, ao acrescentarem nuances ou diferenças subtis à teoria. Sobre isto, Benner alude que “ a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (2001, p.61). Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. Assim, o meu envolvimento em situações reais de cuidados permitiu-me agilizar e aperfeiçoar a capacidade de conhecer e compreender o outro, em toda a sua dimensão e complexidade, e que transpõe a incapacidade funcional. Para o efeito, é necessário é obter um conhecimento aprofundado do contexto de vida da pessoa (económico, social e familiar), dos esquemas psicológicos e comportamentais, que isoladamente ou em conjunto, poderão representar fatores facilitadores e inibidores no processo de reabilitação.

Em jeito de síntese a este subcapítulo, poderei afirmar que a execução das atividades anteriormente descritas contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências no âmbito do conteúdo funcional do EEER, nomeadamente: “Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; “Capacita a pessoa com deficiência, limitação das atividades e/ou participação para a reinserção e exercício de cidadania”; e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”. No âmbito comum do enfermeiro especialista, as atividades descritas contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao permitirem o aprofundamento de conhecimentos no domínio ético-deontológico e o desenvolvimento de habilidades de tomada de decisões na prática de cuidados especializada que respeitasse os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### **1.4. Processo de ER centrado no binómio Pessoa/Família**

*«A palavra “processo” significa aqui a capacidade para se movimentar, para se dirigir ao outro para fazerem o caminho juntos» (Hesbeen, 2003, p.73)*

O Processo de Enfermagem representa um instrumento metodológico de grande relevância para o cuidado profissional de enfermagem, ao ponto de ser considerado o cerne da profissão, e cujo fundamento, segundo Hesbeen, “assenta em duas palavras: um encontro e um acompanhamento” (2003, p.73). Contudo, a sua implementação tem tanto de essencial para o desempenho sistemático da prática profissional, como tem de complexo. Nele estão implícitos e mesclados o conhecimento profundo das necessidades das pessoas quando se defrontam com alguma alteração do seu estado de saúde e/ou dinâmica social ou familiar; o raciocínio lógico; a introdução de novos instrumentos de avaliação; a empatia; a experiência, a habilidade e a autenticidade no relacionamento interpessoal; o comportamento ético; e a perícia ou destreza manual no desempenho de ações de cuidado. Atendendo ao exposto, depreende-se que a aplicação do processo de enfermagem pode ser compreendido como um meio promotor de ambientes geradores de segurança e proteção, e favorecedores às transições saudáveis e positivas, e não simplesmente um fim em si mesmo.

Assim, este subcapítulo vem complementar e dar continuidade ao subcapítulo anterior, com o qual se encontra intimamente relacionado, ao apresentar a descrição e análise de atividades conducentes ao desenvolvimento das seguintes competências, e que lhes são sobreponíveis: a) Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou participação para a reinserção e exercício de cidadania; e c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. No entanto, diferencia-se do anterior, na perspetiva de análise, focando-se na descrição de atividades do ponto de vista instrumental e/ou operacional, e que constituem as diferentes etapas do processo de enfermagem - avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação – sustentadoras à planificação de cuidados centrado na pessoa e família.

A avaliação inicial, incorporada no processo de ER, para além de contemplar os componentes tradicionais da avaliação de enfermagem, deve proporcionar “uma matriz para uma revisão ordenada dos componentes essenciais julgados importantes para uma vida independente” (Hoeman, 2000, p.161). Desta matriz devem integrar a avaliação neurológica e a avaliação da capacidade funcional da pessoa, recorrendo à utilização de instrumentos refinados que reproduzam dados fiáveis e válidos. A avaliação funcional tem como objetivos gerais “determinar o estado físico funcional, documentar as necessidades de intervenção e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos” (ibidem,2000,p.163). Estes foram alguns dos pressupostos teóricos gerais que nortearam a minha prática, tendo em vista o desenvolvimento de competências no diagnóstico de alterações ou risco de alterações, que determinem limitações da atividade ou incapacidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna sensíveis à intervenção do EEER. Para o efeito, procedi à avaliação neurológica, de forma contínua e sistematizada, a várias pessoas submetidas a cirurgia da coluna, tendo integrado os seguintes componentes: estado mental, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha. A avaliação do estado mental compreende vários parâmetros, nomeadamente, “ o estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, (...), e linguagem, (...) ” (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, p. 41). Com o intuito de objetivar a avaliação do estado mental, recorri à utilização da Escala de *Glasgow* e ao MMSE. O primeiro instrumento de avaliação, era já muito bem treinado no seio da equipa de enfermagem

que integrei, o que se refletia na abolição de discordância entre os seus elementos na avaliação deste parâmetro, fazendo parte do léxico diário da sua prática clínica. Do ponto de vista da motricidade, incluí: a avaliação da força muscular, recorrendo à Escala de *Lower*, cuja utilização era também dominada e bem treinada por toda a equipa de enfermagem de NC; a avaliação do tônus muscular, utilizando a Escala Modificada de *Ashworth*; e por fim, a avaliação da coordenação motora, com recurso às provas índex-nariz e calcanhar-jelho. A avaliação da sensibilidade compreendeu a avaliação da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e avaliação da sensibilidade profunda (barestesia, postural e estereognosia). Fora também realizado o teste do equilíbrio estático e dinâmico sentado, e em posição ortostática (com recurso ao Teste de *Romberg*, Apoio monopodal de *Uemura* e Teste de *Babinski-Well*).

O papel de relevo desempenhado pelas intervenções de reeducação funcional respiratória, na prevenção de complicações pós-operatórias, é unanimemente aceite pela literatura, e terá sido um dos focos da minha atenção no cuidado à pessoa submetida cirurgia da coluna, enquanto futura EEER. Com vista ao planeamento e implementação de intervenções, de forma personalizada, de reeducação funcional respiratória, procurei obter uma colheita de dados sistematizada, e que incluísse o seguinte: história da doença atual; história de doença pregressa; história sociofamiliar; medicação em ambulatório; avaliação subjetiva - dirigida aos principais sintomas respiratórios (tosse, expetoração, dispneia e torocalgia); e avaliação objetiva - recorrendo à inspeção torácica, auscultação pulmonar, visualização e interpretação de exames complementares de diagnóstico (Radiografia do tórax e resultados gasimétricos), quando disponíveis. Para a avaliação da dispneia e seus efeitos no desempenho das AVD da pessoa, recorri aos seguintes instrumentos de avaliação: Questionário de Dispneia *MRCDQ* e à Escala *LACDL*.

Embora a avaliação sensoriomotora e respiratória, sejam dois parâmetros importantes no planeamento de intervenções visadoras da maximização da funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna, o reportório de comportamentos necessários para levar a cabo uma vida com significado é muito mais amplo. Foi com base no exposto que foram integrados outros instrumentos de avaliação na implementação do meu projeto de formação, nomeadamente: o Índice

de *Barthel*<sup>1</sup>, a MIF, a Escala de *Lawton* e *Brody* adaptada<sup>2</sup>, Avaliação da Sobrecarga do cuidador (Zarit), Escala de *Braden* e Escala de *Morse*. A utilização deste leque variado de instrumentos de avaliação vem demonstrar a natureza multidimensional da avaliação inicial, que, para além de medir o desempenho das tarefas necessárias à vida diária, incluem medidas de comunicação funcional, cognição social e outros comportamentos necessários na prevenção de riscos (quedas, úlceras de pressão e sobrecarga do cuidador). Nesta avaliação funcional global outras atividades foram desenvolvidas, cuja importância foi descortinada no subcapítulo anterior, tais como: a avaliação pré-operatória da motivação, habilidades cognitivas, comportamentais e motoras do cliente para a adesão a um programa de reabilitação; a avaliação para rastreio de necessidades de intervenção psicossocial; a identificação das necessidades e expectativas funcionais da pessoa e família; a identificação, em conjunto, com o cliente e família, de recursos (pessoais, familiares e da comunidade) e estratégias de autogestão para lidar eficazmente com a transição para a dependência no autocuidado e com a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

Apesar de comumente se designar de avaliação inicial “este domínio é tão importante, e contém já em si tantas coisas e tantas competências, que uma grande parte deste conteúdo e destas competências seria negligenciado, se este domínio fosse visto tão só como a primeira etapa de um processo linear.” (Benner, 2001, p.131) Deste modo, o domínio da avaliação funcional mereceu uma atenção contínua e permanente na implementação de processos de ER centrados na pessoa/família; na medida que, embora tenha sido iniciada no período pré-operatório (sempre que possível), foi continuada no pós-operatório, sendo transversal a todas as etapas do processo. Por outro lado, a documentação desta avaliação, contribuiu para a otimização da comunicação com os elementos da equipa interdisciplinar, ao fornecer um melhor conhecimento da pessoa e da família sob outra perspetiva de análise, contribuindo para a construção da tomada de decisão em equipa.

Considero que o aperfeiçoamento gradual das minhas competências no âmbito da avaliação neurológica e da funcionalidade, refletiram-se na melhoria contínua na conceção de cuidados de enfermagem promotores ao desenvolvimento de

---

<sup>1</sup> Escala de Independência nas AVD

<sup>2</sup> Escala de AIVD

capacidade adaptativas da pessoa, com vista à sua transição saudável e positiva. É certo que este não foi um percurso fácil, sobretudo numa fase inicial, em que a apreensão, a dúvida e a inquietação, se faziam sentir mais intensamente. Como começar, era uma questão interna muito presente, ao ser confrontada com situações, que embora pudessem afigurar semelhanças com outras situações experienciadas no meu quotidiano profissional, enquanto enfermeira generalista; era-me agora exigido um novo “olhar” e um novo intervir, no âmbito da prática especializada em ER. Assim, o meu desempenho, numa fase inicial, foi fundamentalmente guiado por princípios teóricos adquiridos em contexto de sala de aula e na revisão da literatura efetuada. Embora tenha sido essencial à construção de novos saberes, impôs um comportamento extremamente limitado, rígido e marcado pela dificuldade em integrar o aprendido (em contexto formal) nas situações reais como que me foi deparando. Reporto-me, a título de exemplo, a uma das atividades desenvolvidas: a auscultação pulmonar. Por mais que tentasse interpretar as descrições teóricas acerca da destriça entre os sons respiratórios normais e os vários ruídos adventícios, foi com dificuldade e só após algumas tentativas, que consegui identificar os sons audíveis pelo Enfermeiros Orientadores, o que me deixou algo desanimada e com alguma frustração na altura. Progressivamente, estes sentimentos deram lugar à satisfação ao constatar que me tinha tornado mais hábil na execução desta atividade, e que a complexidade a que atribuí à sua execução havia-se atenuado. Como já foi mencionado anteriormente, a auscultação pulmonar, associada a outros componentes, é parte integrante da avaliação objetiva da função respiratória, a partir da qual, e das expetativas funcionais da pessoa, são planeadas as respetivas intervenções de RFR. Foi com base nesta lógica que foram planeadas e desenvolvidas as intervenções de ER no cuidado ao Sr. C.A., no âmbito da RFR. Após ter sido submetido de urgência a discectomia e a artrodese C6-C7 (via anterior), por anterolistese de C6 sobre C7, o Sr. C.A. apresentou uma das complicações mais frequentes no pós-operatório: infeção respiratória. Na avaliação efetuada apresentava alteração do padrão respiratório, relacionada com a presença de dispneia intensa (5, na Escala Modificada de *Borg*), tosse ineficaz e broncorreia, sendo manifestada pela presença de ruídos adventícios (roncos dispersos), e diminuição do murmúrio vesicular nas bases, hipoxemia e intolerância ao esforço. Da sua história de doença pregressa destaca-se os seus antecedentes pessoais - DPOC ligeira, Enfisema

Pulmonar, Síndrome Depressivo, Discinésia tardia dos Neuroléticos – e hábitos alcoólicos e tabágicos marcados (UMA =45). Desta feita, o plano de cuidados contemplou as seguintes intervenções: ensino da posição de descanso e relaxamento (em *semi-fowler*, uma vez que o Sr. C.A. se encontrava ansioso e dispneico); ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios, tais como: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e muscular; reeducação diafragmática com ênfase na expiração e com os lábios semicerrados (o que promove o esvaziamento completo do ar dos pulmões, útil na hiperinsuflação característica da DPOC) e reeducação costal seletiva bilateral e global com/sem bastão, com o objetivo de prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar; aplicação de técnicas de *clearence* das vias aéreas, nomeadamente: as compressões e vibrações torácicas (já que as percussões torácicas estão contraindicadas no enfisema); drenagem postural modificada; e ensino da tosse (assistida/dirigida) que fora útil para a mobilização de secreções em direção à traqueia, de onde foram removidas através da tosse e da aspiração. Numa fase posterior, foi realizado o ensino e treino de técnicas de reeducação postural com recurso ao espelho quadriculado, e de alguns exercícios de mobilidade torácica e osteoarticular.

Na perspetiva de transição hospital/comunidade saudável e positiva, foi integrado um programa de educação para a saúde individualizado, contemplando as seguintes componentes: autogestão da sua doença (DPOC) e gestão do regime terapêutico; exercícios de RFR (controlo da respiração, respiração diafragmática, treino da expiração com lábios semicerrados, posições de descanso e relaxamento e auto-drenagem de secreções); importância do exercício físico e da evicção tabágica; aspetos relacionados com a alimentação e hábitos alcoólicos; treino do exercício e técnicas de conservação de energia (tomar banho sentado, calçar e descalçar os sapatos sentado, usar sapatos sem atacadores, dividir o tempo na realização de tarefas, subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização de tarefas). A descrição sumária deste programa pode parecer um catálogo taxativo de imposições, mas na realidade, impôs uma enorme subtilidade, ao pretender delinear em conjunto com o Sr. C.A. e sua família, um caminho transitivo em direção a um horizonte desejável por ambos. O suporte educacional fornecido centrou-se na necessidade do Sr. C.A. incorporar no seu estilo de vida comportamentos adaptativos e promotores

do autocuidado, considerados necessários para lidar com a incapacidade e evitar o seu agravamento, e com significado para a sua vida. Assim, as experiências de ensino-aprendizagem desenvolvidas tiveram em linha de conta, todos aspetos contidos na avaliação inicial: nível da motivação, habilidades cognitivas, comportamentais e motoras para a adesão ao programa de reabilitação. Os ganhos obtidos, tais como a elevada satisfação e bem-estar demonstrados pelo Sr. C.A. e sua cuidadora, reforçam a importância desta intervenção como alicerce na individualização de um programa de reabilitação, e que terei sempre em conta enquanto futura EEER.

A alteração da mobilidade fora também um dos focos de atenção contemplados no processo de ER dirigido ao Sr. C.A., a qual se relacionava com quadro de tetraparésia (grau 2/5 e 3/5 nos membros inferiores e grau 4/5 nos membros inferiores), diminuição da motricidade fina e equilíbrio de pé ineficaz, cujas manifestações se refletiam na dependência funcional ao nível dos autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir, e utilização de sanita), mobilidade/transferência e locomoção. Os objetivos negociados com o Sr. C.A. do programa reabilitação sensoriomotora visaram sobretudo, a promoção da máxima independência funcional e o desempenho seguro nos autocuidados, através da melhoria das suas habilidades psicomotoras, onde se incluía a motricidade fina. Tendo em conta o exposto foram introduzidas no plano de cuidados as seguintes intervenções: ensino e execução de mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais, sendo gradualmente, progredidas do ensino, instrução e treino de mobilizações ativas assistidas, ativas e ativas resistidas; incentivo ao treino de exercícios isométricos e isocinéticos (na leito, na posição sentada e ortostática); ensino, instrução e treino de exercícios de equilíbrio (estático/dinâmico) sentado e pé; ensino, instrução e treino de técnicas de reeducação postural com recurso a espelho quadriculado; incentivo à participação nos autocuidados, consoante a capacidade funcional; e a elaboração de um programa individual de treino de AVD e adequado ao seu contexto domiciliário. Este programa foi preferencialmente centrado para a realização de atividades de higiene pessoal, posicionamentos, transferências e marcha, alimentação (incluindo o treino de deglutição para controlo da disfagia) e atividades de vestir/despir (incluindo estratégias adaptativas e adaptações ao calçado e vestuário). Na implementação do mesmo foi fundamental a interação próxima com



a cuidadora do Sr. C.A. para a sua sensibilização, orientação e ensino relativamente ao retorno progressivo e seguro à vida ativa e à reorganização do espaço domiciliário e eliminação de barreiras arquitetónicas, tendo também disponibilizado informações relativas à aquisição de produtos de apoio e providenciado o respetivo encaminhamento.

De acordo com Boling, Fields-Ryan & Georgievski-Resser (2014), a pessoa submetida a cirurgia da coluna cervical pode, no pós-operatório, apresentar disfagia, ainda que autolimitada. Assim, uma das intervenções que desenvolvi foi a realização do teste de disfagia segundo a norma em vigor na instituição; não só no cuidado à pessoa submetida a cirurgia da coluna cervical, como também no cuidado à pessoa com lesão neurológica decorrente de AVC ou de LOE. Aquando a realização do referido teste, o Sr.C.A. apresentou movimento laríngeo presente e tosse na deglutição, quadro classificado como disfagia leve, pelo que iniciou dieta pastosa e água com espessante.

Os resultados das intervenções implementadas foram sendo avaliadas, de forma contínua, recorrendo aos instrumentos de avaliação anteriormente apresentados. O uso desses instrumentos documentaram ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de ER, designadamente: a melhoria da motricidade manifestada pelo aumento de força muscular (com recurso à escala de *Lower*) e pela melhoria do equilíbrio estático de pé e da qualidade da marcha; recuperação progressiva da capacidade funcional na realização dos autocuidados (traduzida numa pontuação substancialmente superior na MIF no momento da alta comparativamente com a pontuação inicial); a melhoria da dispneia, representada na Escala de *Borg*, e da tolerância ao esforço no desempenho das AVD. Para além destes dados objetiváveis verificou-se, em simultâneo, uma progressiva e positiva alteração da perceção do Sr. C.A. acerca da sua situação clínica – mais otimista no final do internamento – assumindo uma postura mais ativa, sendo notório no seu discurso, um aumento da sensação de autoeficácia e bem-estar, e de satisfação face ao seu processo de reabilitação. Por sua vez, a recuperação da capacidade funcional e a satisfação da pessoa alvo de cuidados, são dois fatores fortemente associados à qualidade de vida e à saúde, podendo-se inferir que o plano de intervenção de ER terá sido promotora do desenvolvimento de capacidades adaptativas com vista ao

autocuidado, tendo igualmente contribuído para a maximização da qualidade de vida e da saúde do Sr. C.A.

O uso de equipamentos adaptativos pode ser prescrito no pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia. Foi o caso do Sr. R.V., que após ter sido submetido a descompressão cirúrgica através de artrodese vertebral posterior entre L1-L3, por fratura de L2 na sequência de uma queda de três metros de altura, foi-lhe prescrito o uso do colete de *Jewett*. O ensino pós-operatório dirigido ao Sr. R.V. e sua esposa contemplou: a mobilização no leito em bloco, recorrendo à técnica do “rolar”; a técnica do levante minimizadora da torção da coluna toracolumbar; exercícios ativos de dorsiflexão tibiotársica e dos quadricípites e uso de meias anti-embólicas para prevenção de fenómenos tromboembólicos; retorno progressivo às AVD e à atividade profissional e sexual; mecânica e alinhamento corporal (evitar o levantamento de cargas excessivas e movimentos de torção e flexão da coluna lombar); uso adequado e técnica de colocação do colete de *Jewett* (colocado antes do levante e usado permanentemente sempre que estiver fora da cama, e avaliação da condição da pele sob o dispositivo).

Outra das alterações passíveis de ser enfrentadas pela pessoa submetida a cirurgia da coluna prendem-se com o padrão de eliminação intestinal e vesical, e da sexualidade. Neste contexto apresento o caso do Sr. F.C. que, na sequência de uma fratura instável de L1, teve como sequela neurológica: síndrome da cauda equina<sup>3</sup> com lesão completa. Da avaliação neurológica, e do ponto de vista da eliminação, apresentou: anestesia nos territórios S3-S5, ausência do controlo voluntário vesical e intestinal e ausência do reflexo bulbocavernoso, sendo compatível com a presença de bexiga e intestino neurogénicos autónomos. As intervenções desenvolvidas, tendo em vista a otimização e/ou a reeducação funcional da eliminação consistiu num programa de ensino dirigido ao Sr. F.C. e sua esposa relativamente a: esvaziamento vesical e intestinal, recorrendo às manobras de Vasalva (com inclinação anterior do tronco e massagem) e de Credé; técnica de auto-algáliação intermitente; pesquisa de fecalomas seguida da administração de supositório; esquema da ingestão hídrica e de fibras; e promoção da mobilidade. De realçar que o referido programa de ensino terá

---

<sup>3</sup> A SCE é descrita como uma entidade clínica caracterizada pela presença de lombalgia, dor nos membros inferiores, associado a um défice sensitivo e motor, disfunção geniturinária (retenção ou incontinência), incontinência fecal e anestesia em sela (Pereira, C., Júnior, J., Santos, A. & Oliveira, D., 2013)

sido individualizado aos hábitos e ritmos de vida do Sr. F.C, e suas preferências, tendo igualmente utilizado uma linguagem adaptada às capacidades cognitivas do casal. A alteração de esfíncteres era uma das principais preocupações verbalizadas tanto pelo Sr. F.C., como pela sua esposa, face ao processo de reabilitação e de reintegração na comunidade. A temática da sexualidade fora subtilmente introduzida no programa de reeducação funcional, consoante a disponibilidade que ia sendo demonstrada por ambos para a sua abordagem. Neste âmbito, as intervenções desenvolvidas contemplaram o fornecimento de eventuais consequências do quadro clínico sobre a sexualidade, a desmistificação das crenças sociais, e a importância da consolidação das bases afetivas (que por sinal eram bastante sólidas neste par relacional). Foi notória uma progressiva diminuição da ansiedade de ambos com a implementação deste programa, tendo contribuído igualmente para a maximização da funcionalidade, desenvolvimento de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado, qualidade de vida e satisfação de ambos – resultados implícitos no discurso, agora mais positivo, acerca da sua nova condição.

O tempo de internamento da pessoa submetida a cirurgia da coluna, embora seja de duração muito variável, constitui sempre uma situação temporária na vida da pessoa e sua família, e que culmina com a alta hospitalar. Contudo, este momento encontra-se longe de ser o desfecho da transição, quer da pessoa submetida a cirurgia da coluna, que muitas vezes regressa ao domicílio com algum nível de dependência para o autocuidado; quer do cuidador, que ainda não está suficientemente preparado e treinando para a assunção e desempenho de um novo papel. Tal fato merece uma atenção particular por parte do EEER, enquanto agente facilitador, no que tange à compreensão e facilitação do processo de transição hospital/comunidade - não só do ponto de vista da pessoa, como também do cuidador - desde o momento da admissão da pessoa no serviço de internamento, até ao regresso ao seu contexto sociofamiliar. São muitos os desafios que se colocam aos profissionais, famílias e clientes no planeamento da transição de um serviço de internamento para a comunidade, em que a pessoa e sua família podem “sentir a falta de suporte emocional, isolamento e abandono, com necessidade de suporte contínuo após a alta para a comunidade” (Boylan & Buchanan, 2011, p. 187). A consciência desta realidade, por parte dos decisores políticos, determinou a integração de uma nova tipologia de resposta da RNCCI recentemente criada: as equipas de cuidados continuados integrados de apoio

domiciliário, abreviadamente designadas de ECCI, que surgem no âmbito dos CSP. A expansão do papel do EEER no seio dos CSP, embora incipiente, é determinada pelo corpo de conhecimentos especializado detido, que permite a adoção de uma perspetiva sistémica de cuidado, que considera a tríade - doente, família, e o ambiente - como parte integrante e indissociável na sua tomada de decisão. Assim, o EEER desempenha um papel determinante numa reintegração comunitária bem-sucedida, ao permitir dar continuidade ao processo de cuidados ao cliente no seu mundo real, orientando-o e estimulando-o no seu processo de reabilitação e, ao mesmo tempo, ajudando os cuidadores a terem um papel ativo neste processo.

Não obstante o fato de não ter como cliente-alvo a pessoa submetida a cirurgia da coluna, este momento de ensino clínico desenvolvido em CSP, fora sempre por mim acolhido com enorme expectativa e índices motivacionais elevados. Por um lado, pelos inúmeros desafios que a prestação de cuidados de ER pode comportar num cenário que se prevê bastante complexo e adverso, dado o atual contexto socioeconómico nacional marcado pela escassez de recursos ou cujo acesso é limitado às pessoas com incapacidade. Por outro, pelo enriquecimento pessoal e profissional decorrente do estabelecimento de uma relação de carácter mais próximo e intimista, com a pessoa e sua família na vivência de fenómenos transitivos de aúde/doença, num ambiente que embora lhes pertença, nem sempre é o mais facilitador. Desta feita, fez todo sentido integrar neste percurso formativo e académico, a permanência numa ECCI, no âmbito do ensino clínico, uma vez que a “prática na comunidade capacita as enfermeiras de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimentos, tentar métodos novos e criativos para atingir objetivos e serem flexíveis, porque cada comunidade é única e dinâmica” (Boylan e Buchanan, 2011, p.189). A ideia anteriormente fraseada resume aquilo que foi a minha experiência em contexto comunitário, onde os papéis do EEER podem ser variados e o potencial para a criatividade quase não tem limites. Em cada domicílio/família visitados foi encontrado um ambiente novo, marcado por diferentes atributos, necessidades e recursos únicos. Apesar da formação especializada e diferenciada detida pelo EEER, os processos decisórios no desempenho da sua práxis em contexto comunitário são muitas vezes tortuosos, na tentativa de contornar as imensas barreiras existentes no seio da pessoa/família/comunidade, e ao defrontar-se com as bifurcações criadas por situações de natureza diversa e ambígua, tais como: conflitos intrafamiliares;

incompatibilidades da preferência da pessoa/família com os recursos existentes e com o processo terapêutico; desmotivação e descrença no processo de reabilitação; inadaptação ao desempenho do papel do cuidador e a sua sobrecarga física, psicológica e emocional; entre outros...Cada situação, única e singular, exigiu a implementação de um leque de intervenções amplo e complexo, que careceram da respetiva individualização à pessoa alvo de cuidados, família e seu ambiente doméstico e vocacional; e de uma constante reformulação, face às alterações diagnosticadas, necessidades, expectativas e recursos, tendo em vista a melhor adaptação do contexto domiciliário à nova condição.

No caso da família G., o plano individual de intervenção (Apêndice VI) tiveram os seguintes focos: o ensino e treino de técnicas no âmbito da RFR; o conhecimento detido pelo Sr. F.G e sua cuidadora, não só em termos da patologia (DPOC e bronquiectasias), mas também em termos de informação e aconselhamento sobre gestão do comportamento e autocuidado (desmistificando a falsa crença de que o repouso seria uma importante medida para a prevenção de complicações da doença respiratória); o aconselhamento acerca de mudanças e adaptações do ambiente domiciliário (eliminação de barreiras arquitetónicas e fatores ambientais potencialmente desencadeadores de agudização de doença respiratória e da ocorrência de quedas), que embora tivessem sido aceites pela família G., iam sendo “cortesmente” proteladas desde há largos meses, e por motivos que não se prendiam com falta de recursos financeiros; e o risco de *stress* associado ao desempenho do papel de cuidador.

Num raio geográfico próximo, vivia o Sr. J.J. e sua esposa e única cuidadora informal M.J., que enfrentavam o sofrimento da doença oncológica incurável, progressiva e avançada. A deterioração do estado físico do Sr. J.J. e as oscilações do seu estado psicológico determinavam necessidades crescentes de cuidados diários e ininterruptos, grande parte dos quais eram assumidos pela Sr.<sup>a</sup> M.J., que a par com os problemas relacionados com a sua idade avançada, sofria um agravamento da sobrecarga do seu papel, sendo visíveis os sinais de exaustão física e emocional a cada visita domiciliária. Tendo em conta os problemas reais e potenciais diagnosticados, bem como as preferências e expectativas desta família, o plano de ação teve como objetivos os seguintes: manter e/ou recuperar a independência funcional do Sr. J.J.; evitar a sobrecarga física, emocional, e social da cuidadora,

facilitando a sua transição para o exercício do papel de prestadora de cuidados; e promover o bem-estar e atitude positiva de ambos. Para o efeito, foram planeadas e implementadas as seguintes intervenções: avaliação para rastreio de necessidades de intervenção psicossocial; negociação e referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde (médico de família, psicóloga e assistente social); referenciação e articulação permanente com as assistentes domiciliárias das IPSS; identificação com o Sr. J.J. e D<sup>a</sup> M.J., de estratégias de autogestão para lidar eficazmente com a sintomatologia e declínio funcional associado à progressão da doença; ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar com vista à maximização do desempenho motor do Sr. J.J.; elaboração de um programa de treino de AVD dirigido ao Sr. J.J. e envolvendo a D<sup>a</sup> M.J.; aconselhamento sobre produtos de apoio e de estratégias adaptativas relativas à sua utilização (andarilho, cadeira-de-rodas e cadeira higiénica); monitorização contínua da capacidade funcional do Sr. J.J. e da satisfação de ambos; ensino, instrução e treino de habilidades técnicas para a prestação de cuidados pela D<sup>a</sup> M.J.; avaliação da sobrecarga do cuidador, com recurso ao questionário de Zarit, e tendo proporcionado escuta ativa na expressão de pensamentos, sentimentos, dúvidas e preocupações da D<sup>a</sup> M.J., tendo fornecido simultaneamente, suporte nas dificuldades apresentadas, e o esclarecimento das dúvidas expressadas.

Ainda em contexto domiciliário, intervim em colaboração com o enfermeiro orientador, junto do Sr. A.M. e sua família (esposa e filha) sobre a necessidade de abordar a administração do prédio para colocação de corrimão de apoio à subida e descida de escadas. O prédio não disponha de elevador, e constituía uma grande barreira à reintegração do Sr. A.M. na comunidade, uma vez que, tinha sido recentemente vítima de AVC, e apresentava desequilíbrio associado a marcha hemiparética, o que dificultava a subida/descida de mais de cinquenta degraus para aceder/sair do interior da sua habitação e deslocar-se, por exemplo, às salas do “Movimento” e das “Atividades”, para as quais fora referenciado pelo EEER, para a realização de fisioterapia e terapia ocupacional (respetivamente).

As situações anteriormente descritas, embora longe de esgotarem toda a experiência vivenciada em contexto comunitário, têm em comum, independentemente dos seus contornos particulares, o sistema familiar numa posição de destaque, evidenciando a importância das práticas de enfermagem de reabilitação, centradas não só na pessoa alvo de cuidados, como também na família e no ambiente onde a

mesma se insere. Para que ocorra a plena e efetiva reintegração da pessoa/família nos seus contextos vivenciais, o EEER deve assumir uma posição de recurso e não o de centro de resolução, privilegiando a adoção e o desenvolvimento de técnicas negociais para a resolução construtiva de conflitos intrafamiliares, em detrimento de uma postura de assimetria de poder, atitude de negação ou evitação. Só assim serão produzidos conhecimentos, estratégias e habilidades conducentes à ocorrência de transições doença/saúde positivas, quer por parte da pessoa, que por parte da família. Neste âmbito, o cuidador deve ser encarado como um parceiro na prestação de cuidados, mas também como um alvo de cuidados. Contudo, envolver a família no cuidar, teve tanto de desafiante, como teve de complexo. Se por um lado, pertencer a esta tríade numa relação de parceria com a pessoa/família, foi uma experiência extremamente gratificante, não menos vezes, foi uma difícil “tarefa”, tendo conduzido nalguns momentos do ensino clínico a sentimentos de impotência e frustração, face às inúmeras barreiras ainda por transpor no seio da comunidade. O EEER para além de envolver, também se envolve na dinâmica familiar, principalmente num contexto de cuidados comunitário, onde o contato com a família é mais próximo e personalizado.

Partilhar na primeira pessoa com os próprios protagonistas da história, e nos seus contextos vivenciais, permitiu o desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em ER, e uma melhor compreensão do papel do EEER, enquanto cuidador, enquanto educador e enquanto recurso integrado da ECCI pertencente à UCC. Por outro lado, a observação, o acompanhamento, a discussão permanente de condutas de intervenção do EEER, o aprender a fazer, o reformular intervenções, conduziu-me à reflexão acerca da complexidade de situações vivenciadas pelas pessoas/famílias na adaptação do seu contexto domiciliário à nova condição, e da imprevisibilidade inerente à prática de ER no âmbito dos CSP. Deste momento de EC decorrido em CSP, enalteço a capacitação para o cuidado como uma área de excelência da intervenção, cujas ações foram dirigidas aos membros individuais constituintes da família, a nível interpessoal e ao nível do sistema familiar. Os resultados que foram sendo obtidos demonstraram ganhos visíveis ao nível da capacidade funcional da pessoa, desempenho de AVD, participação na família e comunidade, e no alívio da sobrecarga do cuidador, e reforçaram a importância de um envolvimento e conhecimento profundo do sistema familiar, e do contexto domiciliário

e social da pessoa alvo de cuidados. No mundo do contexto domiciliário, os grandes protagonistas são a pessoa e sua família, e o EEER deve interiorizar o papel de promotor e capacitador, num trabalho de plena colaboração e parceria com os anteriores.

De acordo com o esperado, não tive oportunidade em contexto comunitário, de conceber um plano de ER no cuidado à pessoa submetida a cirurgia da coluna. Apesar disso, considero que a permanência neste local de EC, através das experiências proporcionadas, permitiu renovar a minha consciência e compreensão acerca dos processos de transição hospital/comunidade vivenciados pelas pessoas e sua famílias, o que certamente contribuiu para a minha maturação pessoal e profissional, e terá reforçado, ainda que implicitamente, o desenvolvimento de competências no âmbito de intervenção do EEER no cuidado à pessoa submetida a cirurgia da coluna.

Em suma, julgo que o contato de grande proximidade com a comunidade permitiu tomar maior consciência das principais dificuldades que as pessoas em situação de dependência e sua família enfrentam, aquando o regresso a casa. Desta feita, na elaboração e implementação de um programa individual de enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar, onde decorre a minha atividade profissional, haverá um maior investimento da minha parte enquanto futura enfermeira de reabilitação, na avaliação profunda das necessidades e recursos do doente (pessoais, familiares e da comunidade) e de uma resposta atempada e articulada com os recursos na comunidade, que agora conheço melhor.

### **1.5. Prática reflexiva e baseada na evidência: contributos indispensáveis à melhoria contínua da qualidade dos cuidados**

*“Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados,  
e como te serves deles, e dir-te-ei que cuidados prestas”*  
(Collière, 1999, p. 245)

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados releva de um diálogo permanente entre uma práxis baseada na evidência e uma prática reflexiva. Na escalada da enfermagem, na busca da afirmação como ciência, é importante cimentar uma prática clínica ancorada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, que só



a investigação pode justificar. Contudo, como eu própria pude concluir no decurso desta trajetória académica, o saber obtido através da investigação pode ser desperdiçado, se o mesmo for rígido, e não se ajustar à singularidade das situações, que por seu lado, acontecem em ambientes familiares, profissionais, e sociais particulares. É neste sentido que a prática reflexiva é unanimemente reconhecida como um contributo essencial à introdução de melhorias substantivas nas dinâmicas da prática de prestação de cuidados, fomentando simultaneamente o aperfeiçoamento do juízo profissional, que associada à PBE, terão certamente, como consequência uma maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde e, especialmente, da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e às famílias.

Ressalvo que o espírito da perseguição da excelência do cuidar em ER esteve patente em todas as atividades realizadas, que no seu todo, foram conducentes ao desenvolvimento de competências do EEER. Não obstante, este subcapítulo pretende sobretudo relevar a descrição daquelas que tiverem em vista o desenvolvimento de competências no “Domínio da melhoria da qualidade” e no “Domínio do desenvolvimento das atividades profissionais”.

A autora Duchene (2011) reitera que a qualidade é uma perceção subjetiva, a partir da qual decorrem divergentes definições. As variações na definição de qualidade entre os pares devem ser conhecidas, com o intuito de encontrar um nível de atuação consensual que proporcione orientações para se atingir a excelência no cuidar. Nesta sequência foram definidos pela OE, os “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, que se pretende constituir como um “ instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação.” (OE, 2011, p.2). Os padrões definidos estabelecem níveis mínimos de prática aceitável e dos melhores resultados que é aceitável esperar, tendo sido identificadas oito categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EEER: “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de enfermagem.” (ibidem, 2011, p.6) Estes indicadores, sendo sensíveis aos cuidados de ER, representaram o alicerce de todas as minhas intervenções enquanto futura EEER,

tendo-me permitido uma avaliação sistemática da qualidade e da eficácia dos resultados dos cuidados prestados.

Particularizando a análise destes indicadores à pessoa com patologia da coluna vertebral, consta-te, segundo os autores Falavigna, Neto & Teles (2009) e Engelke (2014), citando McGregor et al (2011), que a produção de alguns destes indicadores - nomeadamente, o alívio da dor crónica, a satisfação e a qualidade de vida – não têm estado associado ao aumento substancial da realização de exames imagiológicos e de tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, verificado nas últimas décadas. Tal pode ser justificado pelo seguinte “ a cirurgia não pode corrigir posturas pobres e mecânicas do corpo, nem pode aliviar a síndrome da dor miofascial ou corrigir padrões motores deficientes de atividades sinérgicas acompanhando a compensação do músculo que ocorrem em muitos pacientes com dor lombar” (Delamarter, Coyle & Pakozdi, 2003, p. 123). O exposto serve de apelo à comunidade científica de ER na identificação desta problemática como uma prioridade de intervenção e uma oportunidade de melhoria, selecionando as estratégias de intervenção mais adequadas às necessidades das pessoas submetidas a cirurgia da coluna. Esta linha de pensamento tem imperado no trabalho que é desenvolvido pelos EEER do serviço de NC, e que contribui para a existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem: alívio da dor, prevenção de complicações, bem-estar, satisfação, readaptação e reeducação funcional. De todas as atividades desenvolvidas pretendo destacar as menos convencionais – a Massagem Terapêutica e a aplicação de Bandas Neuromusculares - e que por isso, não foram previstas no meu projeto de formação. O interesse em querer saber mais acerca destes recursos interventivos foi progressivamente dando lugar ao fascínio, o que motivou não só, as pesquisas bibliográficas que desenvolvi neste âmbito, bem como a minha frequência no Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares (Anexo I). A sinergia destas duas atividades contribuíram para a aquisição de novos saberes e habilidades técnicas, e consequentemente, para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria da qualidade.

O exercício de ER no decurso deste ensino clínico apresentou um enorme potencial formativo, na medida em que o seu quotidiano se fez pautar por situações de elevada incerteza e singularidade, e cujas práticas se basearam no encontro e na resposta a um outro com necessidades individuais e específicas. Perante um novo

problema da prática, foi-me exigida uma nova recontextualização e recriação de saberes, de modo a responder eficazmente às necessidades da pessoa e sua família, determinando a necessidade de uma reavaliação constante do plano de intervenção implementado, o qual foi modificado, sempre que necessário. Assim, considero que a execução destas atividades contribuíram para um processo de aprendizagem contínuo e cumulativo, e para uma transformação individual e profissional. Neste percurso esteve implícita uma ação reflexiva centrada no “como se faz” e “porque se faz”, a qual foi complementada e potenciada por uma aprendizagem formal, obtida na consulta de diretivas institucionais e/ou do serviço, e da melhor evidência na área da qualidade (resultados da pesquisa bibliográfica).

Dada a larga panóplia de normas e diretivas vigentes em cada contexto do EC, centrei-me essencialmente na análise daquelas que fossem mais relevantes para a prática especializada em ER, das quais destaco a norma de procedimentos relativas à “Dieta e técnica de alimentação em função do grau de disfagia” vigente no serviço de NC e diretivas relativas à descrição da missão dos CCI e a constituição das ECCI que contribuíram para a dissipação de algumas dúvidas emergentes das reformas em curso no âmbito dos CSP, a par com os esclarecimentos obtidos junto do Enfermeiro Orientador e dos restantes elementos da ECCI. Esta atividade foi imprescindível na melhor compreensão da articulação da ECCI, com os outros recursos da comunidade – unidades funcionais do ACES, autarquia, segurança social local, IPSS e hospitais da área de proximidade – que me permitiu, de forma gradual, intervir de forma mais autónoma e proactiva, como recurso integrado na ECCI, e por isso, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto comunitário.

Houve também um investimento pessoal no desenvolvimento e aprofundamento de saberes científicos também adquiridos em contexto de formação formal, tendo desenvolvido uma pesquisa bibliográfica transversal a todo o percurso académico, suportada em livros técnico científicos e artigos científicos acedidos através de bases de dados informáticas (*EBSCO*, *B-On* e *Nursing Reference Center*). A evidência científica encontrada fora partilhada e discutida junto do EEER orientador e Docente orientador, e mobilizada para o contexto de cuidados, o que propiciou a discussão de ideais, a troca de experiências e a complementaridade de perspetivas. Nesta perspetiva de aprendizagem coletiva criei uma pasta informatizada em cada um dos locais de EC, onde foram colocadas todas as pesquisas por mim desenvolvidas,

ao poderem representar alguns recursos de apoio à prática clínica e que pudessem ser utilizados por todos. O domínio de interesse da pesquisa bibliográfica terá sido sobretudo direcionada para a temática do meu projeto de formação – a pessoa submetida a cirurgia da coluna – não desvalorizando o estudo de outras temáticas subsidiadoras do desenvolvimento de saberes no âmbito da prática especializada em ER. Assim, partilhei com os enfermeiros orientadores um dos instrumentos de avaliação muito utilizados no cuidado à pessoa com AVC - a Escala de NIHSS – a qual é reconhecida pela investigação científica como uma escala de elevada validade e fiabilidade para a caracterização do défice neurológico, cuja aplicação se ajustava e seria pertinente em qualquer um dos contextos, ideia que fora bem acolhida por ambos.

Considero ter desempenhado um papel colaborativo de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da qualidade no seio das equipas interdisciplinares que integrei, destacando a minha colaboração na discussão, construção e implementação do novo instrumento de trabalho de registo interdisciplinar da ECCI – o Plano Individual de Intervenção – e na capacitação das assistentes domiciliárias das IPSS parceiras daquele ACES, com o desenvolvimento de ações formativas oportunas e intituladas de “ Mecânica Corporal no Cuidar” (Apêndices VII e VIII). As sessões formativas foram baseadas num diagnóstico de necessidades formativas, durante a observação da prestação de cuidados destas assistentes, em contexto domiciliário, tendo-se verificado a não aplicação dos princípios da segurança e da ergonomia. O impacto da formação foi bastante positivo, como comprovado pela aplicação do instrumento de avaliação da formação do formador (Apêndice IX) – no final da sessão, mais de 75% das formandas, respeitaram os princípios da MC na simulação de várias situações da sua prática profissional – e pela avaliação final e formal dos formandos (Apêndice X), cujos resultados demonstram índices de satisfação bastante elevados. Por outro lado, a criação destes momentos formativos foram também geradores de um clima de empatia, aproximação e de confiança com os parceiros comunitários, ao ter proporcionado a abertura necessária para a partilha de experiências, dificuldades e barreiras enfrentadas no quotidiano, e fomentado o espírito de cooperação e de responsabilização individual e coletiva. Foi com grande agrado que algumas das nossas formandas recorreram a nós, em situações ulteriores e informais, a fim de obter o esclarecimento de algumas

estratégias adaptativas que deveriam adotar, perante condições ambientais bastante hostis, com que se iam deparando. Em última análise, estas ações formativas terão igualmente contribuído para a adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados por parte destas cuidadoras. Todavia, ao reconhecer que nenhum ensino é comparável ao exemplo, atuei em congruência com os conteúdos programáticos apresentados nas sessões formativas, tendo respeitado os princípios da segurança e da ergonomia durante a minha prestação de cuidados.

Para além das ações formativas anteriormente enunciadas, realço as passagens de turno (e outras reuniões informais), a que assisti e participei, como importantes momentos formativos junto da equipa de enfermagem, os quais utilizei estrategicamente, para favorecer a aprendizagem coletiva. Estes eram encarados e valorizados pelas equipas como um espaço de excelência para a partilha, discussão e análise crítica de incidentes ocorridos naquele contexto, e que por isso, revelavam-se favorecedores ao desenvolvimento de padrões expansivos do pensamento da equipa e à modificação do comportamento coletivo, face a novas necessidades de alteração das práticas, tendo como core a excelência dos cuidados.

Uma das principais condições frequentemente inibidoras à readaptação funcional e à promoção da inclusão social, no processo de transição, é a existência de barreiras arquitetónicas. Assim, na minha atuação - quer em contexto domiciliário, quer em contexto hospitalar - houve a preocupação de avaliar as necessidades relativas à promoção de um ambiente seguro e identificar os riscos ambientais existentes, tendo igualmente atuado no sentido de os minimizar. Para o efeito, foram dadas sugestões, de forma conscienciosa, relativamente a adaptações ao espaço domiciliário, baseadas e adequadas às limitações funcionais do cliente e família. As sugestões dadas prenderam-se com a reorganização e disposição do mobiliário para tornar as divisões mais amplas; a eliminação de fatores ambientais (potencialmente desencadeadores de agudização de doença respiratória e da ocorrência de quedas), como a eliminação de tapetes, ou o seu uso com material antiderrapante; aplicação de barras de apoio nas casas-de-banho; e a informação, aconselhamento e facilitação quanto à aquisição de produtos de apoio (tábuas de banheira, cadeiras de banho, e auxiliares de marcha) e dispositivos de alívio de pressão.

No decurso deste EC fui realizando algumas anotações pessoais, nas quais constavam as principais dificuldades sentidas e dúvidas instaladas durante a prática de

cuidados, e que facilitou posteriormente a análise reflexiva e o registo de incidentes críticos experienciados, materializado na realização de jornais de aprendizagem (Apêndices XI e XII). A documentação da prestação direta de cuidados, obtida através destes trabalhos escritos, procurou analisar reflexivamente e compreender os problemas e as suas causas, para que posteriormente, se pudessem introduzir mudanças na minha prática clínica e estratégias potencialmente facilitadoras à aquisição de um novo papel, e que fossem congruentes com as teorias expostas, seguindo uma lógica de raciocínio sugerida pelas etapas do ciclo de *Gibbs*. Deste modo, reconheci na realização destes documentos um elevado potencial para a aprendizagem, na medida em que fomentou um crescente domínio de autoconhecimento, de conhecimentos teórico-práticos, e de competência, gerando respostas de adaptabilidade individual e organizacional, de forma progressiva e construtiva. Não obstante o fato de me assumir como agente comprometida com a minha própria aprendizagem, e que por isso, o meu esforço foi no sentido de rentabilizar ao máximo as oportunidades de aprendizagem promovidas pela experiência da prática clínica; não posso deixar de enaltecer a importância do papel da docência e dos enfermeiros orientadores na construção deste percurso. A criação e a disponibilização de espaços de livre e sincera partilha das dificuldades sentidas, e das fragilidades e potencialidades pessoais contribuíram para a obtenção de importantes ganhos pessoais e profissionais: o aumento de capacidade de resposta na resolução de problemas vindouros, ao valorizar o meu potencial e neutralizar as minhas fragilidades; a diminuição da ansiedade associada à aquisição de um novo papel; o desenvolvimento da autoconfiança e assertividade; e o desenvolvimento da destreza técnica.

Considero que o conjunto das atividades desenvolvidas e anteriormente descritas contribuiu para a construção de um património pessoal e profissional assente numa dimensão diferenciada de competências nos Domínios da “Melhoria da Qualidade” e do “Desenvolvimento das atividades profissionais”. Saliento a reflexão crítica como um importante e eficaz motor de mudança, na medida em que me incitou, não só a procura de saberes científicos sólidos, bem como a sua reintegração no seio da competência especializada em ER, em função das necessidades, sempre singulares, da pessoa alvo de cuidados. O percurso que fora trilhado rumo à especialização em ER caracterizou-se pela constante mobilização da flexibilidade

cognitiva, tendo-se verificado a ocorrência de contínuos progressos, que se repercutiram no meu desenvolvimento pessoal e profissional e numa prática de cuidados com o máximo de qualidade e segurança.

## 2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO E TRABALHO FUTURO

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.*

Antoine de Saint-Exupéry

O término deste projeto académico terá sido, muito provavelmente, um dos momentos mais desejados da minha história de vida pessoal e profissional. Contudo, estou certa que este capítulo não será o último desta história, mas sim, o início de um longo percurso que ainda está por vir.

É agora tempo de balanço desta experiência intensamente vivida. Muitos foram os momentos em que a dúvida se instalou. Muitos foram os momentos em que a vontade de “aprender” debateu-se com o receio do “não conseguir”. Mas também, muitos foram os momentos em que senti o apoio de outros, nomeadamente, dos profissionais envolvidos nos contextos da prática clínica em que me inseri e do docente orientador; como também, foram muitos os momentos, em que procurei reunir todos os esforços possíveis (e outros que outrora considerava impossíveis) para enfrentar, de forma dedicada e abnegada, todas as dificuldades e contrariedades surgidas no contexto da prática clínica. Como resultado deste trabalho conjunto, considero que o estado atual da minha aprendizagem seja bastante positivo e satisfatório (Anexos II e III), na medida em que, para além de ter conseguido atingir os objetivos inicialmente previstos, terá contribuído de forma sublime para o meu crescimento pessoal e profissional.

As principais dificuldades percebidas na implementação deste projeto surgiram no contexto da prática, ao ter sido confrontada com situações de grande indefinição e com elevados níveis de imprevisibilidade, algumas das quais foram sendo apresentadas na redação deste relatório. Se por um lado, esta modalidade de aprendizagem que atribui ênfase à experiência e à aprendizagem pela ação, tem de ser necessariamente uma ação reflexiva; por outro, nunca pode estar dissociada da aprendizagem formal. Desta feita, as situações de cuidados experienciadas incitaram-me à procura de novos saberes científicos, na procura da resposta mais adequada, tendo para isso recorrido à pesquisa bibliográfica. Contudo, dada a escassez do conhecimento científico produzido no âmbito da ER, e mais concretamente, no âmbito da temática em estudo, este esforço revelou-se muitas vezes inglório para aquele



propósito específico. Como tal, outras estratégias foram levadas a cabo, designadamente: a discussão de ideias e a recolha e troca de experiências com os EEER do serviço e outros profissionais de saúde; a partilha de conhecimentos e experiências com outros estudantes desta área de especialização; e a realização de jornais críticos de aprendizagem e processos de ER. Deste modo, considero que as estratégias desenvolvidas complementara-se e potenciaram-se entre si. Esta sinergia apresentou inúmeras potencialidades: uma aprendizagem centrada nas minhas próprias dificuldades e fragilidades face ao contexto da prática - e que por isso, me permitiu uma melhor compreensão do mesmo -, e uma maior capacidade de resposta perante novas situações de cuidados conseguida através do desenvolvimento da criatividade na reflexão da ação (que é sempre incerta e imprevisível). Tudo isto terá contribuído, não só, para o desenvolvimento de saberes e competências especializados ao nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes e conhecimentos, como também, conduziu a um maior autoconhecimento.

Uma fragilidade passível de ser identificada na implementação deste projeto poderá ser a minha permanência em EC no contexto comunitário, ao não ter tido com cliente-alvo, a pessoa submetida a cirurgia da coluna, fato que já era expetável na fase de projeção deste percurso. Apesar disso, engrandeço a singularidade deste contexto, ao ter-me garantido uma experiência extramente enriquecedora, por me permitir a ampliação e a renovação de horizontes no âmbito de cuidar em ER, dos quais saliento uma maior consciencialização e compromisso com as principais dificuldades que as pessoas em situação de dependência e sua família enfrentam aquando o regresso casa/comunidade. Percebi, em ambiente domiciliário, que grande parte das dificuldades sentidas na vivência dos processos de transição do meio hospitalar para o domicílio/comunidade, tanto pela pessoa, como pela família (que muitas vezes se vê confrontada com a necessidade de assumir um novo papel), têm na origem: a preparação para a alta incoerente com o contexto vivencial da pessoa e a ausência de relação interinstitucional (hospital e CSP). A transição para a dependência no autocuidado e a transição para o exercício de prestador de cuidados, representam dois fatores modificáveis obtidos através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa/família. O exposto remete-nos para a importância do envolvimento dos cuidadores no processo de ER, devendo-se constituir uma preocupação considerável, pois: “à medida que o doente transita da reabilitação hospitalar para a comunidade, o envolvimento

dos cuidadores na reabilitação torna-se cada vez mais importante. O treino formal aos cuidadores na prestação de cuidado reduz os custos em meios humanos e melhora a qualidade de vida” (Fonseca, Henriques & Ferro, 2008, p.77). Esta constatação pressupõe “uma transformação de futuro” a alcançar, que se prende com maior investimento da minha parte, na avaliação profunda das necessidades e recursos do cliente (pessoais, familiares e da comunidade) e envolvimento da família, e de uma resposta atempada e articulada com os recursos na comunidade, bem como uma respetiva sensibilização junto da equipa interdisciplinar que integro. Neste seguimento, considero que a avaliação da necessidade de cuidados continuados, nem sempre é realizada de forma atempada no meu contexto profissional, em que se verifica uma elevada prevalência de pessoas em situação de dependência, e que necessitam intervenções sequenciais de saúde e apoio social. Julgo que os principais constrangimentos se prendem, sobretudo, com o défice de conhecimento apresentado pela equipa acerca do funcionamento da rede, os recursos nela existentes e disponíveis no raio geográfico, bem como os critérios de referenciação. Sobre isto, tenho travado alguns diálogos informais junto dos meus pares, chefia e de alguns elementos que constituem a EGA, posteriormente aos quais, têm sido desenvolvidas em serviço, algumas sessões de esclarecimento e de formação, dirigidas à equipa de saúde e promovidas pela EGA, com efeitos positivos.

Outras das fragilidades que identifico na implementação deste projeto decorre das recentes formas de gestão hospitalar. Refiro-me em concreto, ao encurtamento verificado no tempo de internamento pré-operatório em contexto de cirurgia eletiva. Esta realidade, também experienciada em contexto de EC no serviço de NC, veio comprometer nalguns momentos a preparação pré-operatória no âmbito da ER, assim como os ganhos que lhes estão agregados, e que, de forma unânime, têm sido evidenciados pela literatura científica. Apesar disso, houve espaço de oportunidades para o planeamento e implementação de intervenções de ER nesta fase do percurso de internamento, como se comprova na descrição das atividades desenvolvidas. Nesta linha de raciocínio, as autoras Kisner & Colby (2009), consideram que seria desejável, a pessoa apresentar conhecimentos sobre o percurso do internamento, no momento da admissão, aliviando parte da sua ansiedade relativamente à sua cirurgia e experiência hospitalar. Cientes desta necessidade, a equipa de enfermagem da qual faço parte, desenvolveu e implementou projetos de consulta pré-operatória intitulada

de “*Vida Ativa*”. Estas consultas são dinamizadas pelo EEER e pelo médico ortopedista, e têm como atual população-alvo, a pessoa submetida a cirurgia de substituição articular, cujo enfoque é atribuído à instrução ou orientação pré-operatória dirigida a um grupo de utentes agendados e propostos para a mesma cirurgia. A minha intenção é agora, alargar a população-alvo desta consulta pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia eletiva da coluna, tendo já dado os primeiros passos, nomeadamente: a discussão desta intenção de projeto junto da Enfermeira Chefe e Diretor Clínico do serviço onde exerço funções, a qual fora bem acolhida por ambos dada a sua pertinência para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Futuramente pretendo mobilizar alguns dos contributos provenientes deste percurso para a realização de um trabalho de grupo (constituído por mim, uma colega e dois estudantes do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da ESEL), intitulado de - A pessoa submetida a Discectomia: promoção de um ambiente facilitador à transição hospital/comunidade - a apresentar sob a forma de comunicação livre, no IV Encontro de Enfermagem do Hospital Vila Franca de Xira/ACES Estuário do Tejo, que tem como temática central a “Gestão da Transição Segura entre Hospital/ Comunidade”.

Como pontes fortes deste percurso destaco a minha permanência em EC no serviço de NC, onde se verificou um elevado número de clientes internados propostos para cirurgia da coluna. Deste modo, este ambiente de cuidados representou um terreno imensamente fértil, não só ao desenvolvimento de competências específicas do EEER, como também à compreensão da problemática que me propus a aprofundar.

Deste percurso, quero também distinguir o ambiente multiprofissional harmonioso e acolhedor que se fazia sentir no seio das equipas dos contextos de EC, ao caracterizar-se por “uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações (...) coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional” (Hoeman, 2000, p.88). Assim, poderei classificar ambas as equipas como que harmoniosamente funcionais, pelo fato de estarem construídas e orientadas em torno de um projeto de cuidados, com objetivos profissionais partilhados, o que ultrapassava largamente a partilha de tarefas e papéis. Considero que este fato terá sido uma condição essencial e facilitadora à minha integração e ao meu processo de aprendizagem, ao mesmo tempo que representa uma importante premissa do cuidar ético e terapêutico.

### 3. CONCLUSÕES

As experiências proporcionadas no decurso da implementação deste projeto contribuíram, para além do desenvolvimento de competências, vieram alargar o meu próprio olhar sobre a ER. Assim, a principal implicação que posso retirar deste percurso para a prática especializada em ER, é o reforço da importância de olhar, sempre de forma positiva e otimista, para pessoa a quem dirigimos as nossas intervenções, no sentido de valorizar mais as suas possibilidades e potencialidades, ao invés da sua patologia e/ou das suas perdas. Tal como reitera Hesbeen (2003), o processo de reabilitação, deve visar a preparação da pessoa para a melhor forma de vida possível, mesmo quando, as suas capacidades residuais sejam extremamente reduzidas. Nesta continuidade, a ER, implica um “sempre acreditar” e não fechar qualquer prognóstico antecipadamente, por pior que o mesmo possa parecer. Deste modo, a intervenção do EEER, não pode ser exclusivamente direcionada para a recuperação ou adequação à limitação física, mas terá que estabelecer uma abordagem integradora em que a pessoa seja protagonista do seu próprio processo de reabilitação. Este processo, extrapola as profissões específicas da área da saúde, e está condenado à involução se a própria pessoas não se empoderar de si mesma, das suas limitações e dos novos desafios.

Os resultados obtidos ao longo desta trajetória e que, têm vindo a ser explanados no decurso da redação deste documento, para além de uma importante mais-valia para o meu desenvolvimento profissional, terá também certamente contribuído, ainda que de forma modesta, para o desenvolvimento da profissão. Considero que a problemática aprofundada neste projeto se enquadra no *core* da disciplina, e que dele subjaz a compilação de um conjunto de conhecimentos, que sendo próprios ao saber da Enfermagem, contribui para a sua afirmação como ciência e para a excelência da arte do cuidar. Não obstante, estou consciente que o caminho da construção da disciplina de enfermagem é longo, e que o caminho se faz caminhando...Assim, há que continuar a criar/consolidar sinergias entre a aprendizagem formal e a aprendizagem experiencial, para que se prossiga o caminho de melhoria contínua no cuidado transicional à pessoa submetida a cirurgia da coluna, e sua família, na área da ER. Da mesma forma que será necessário avançar para investigações futuras no sentido de nortear uma PBE, e através dela consolidar o contributo específico da ER nos ganhos em saúde. É na senda deste caminho que me

proponho continuar, ou seja, na constante atualização no sentido de um desempenho altamente eficaz e eficiente, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Em jeito de finalização, é meu ensejo contribuir para a construção de mais e melhor enfermagem, no âmbito desta área de especialização, assente na máxima *“Hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje!”*

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W (2008). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau.
- Amaral, V., Marchi, L., Oliveira, L. & Pimenta, L. (2010). Prevalência e relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa. *Coluna*, 9 (2), p. 150-156.
- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (ed. Comemorativa). (A. Queirós & B. Lourenço, Trad.) Coimbra: Quarteto
- Boling, J., Fields-Ryan, S. & Georgievski-Resser, T. (2014). Cervical Spine Surgery: A Guide to Preoperative and Postoperative Patient Care. *AANN Clinical Practice Guideline Series*, p. 1-40.
- Boylan, L.; Buchanan, L. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. In Hoeman, S. (Ed). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. (Saraiva, C. ; Merteus, J.; Abecasis, L.; Abecasis, M.; Sousa, M.; Negrão, M.; Pinheiro, M.; Azevedo, R., Trad) (4ª ed.) (pp.187-200) Loures: Lusociência. (tradução do original Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention & Outcomes, 4th ed., 2008)
- Cardol, M., Jong, B.A. & Ward, C.D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24, 970-974.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern. Nursing research methodology*. California-San Francisco: Aspen Publication.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDL.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. (1ª ed.). Lusociência: Loures.
- Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da

- República I série, Nº 93 (21-4-1998). 1739-1757. Acedido 09-05-2014. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>
- Delamarter, R., Coyle, J. & Pakozdi, D. (2003). Microdiscotomia Lombar e Reabilitação. In Maxey, L. & Magnusson, J. (Eds.), *Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico* (119-145). Rio de Janeiro: Editora Guanabara
- D'Espiney, L. (1996). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar. In Canário, R. *Formação e situações de trabalho*. (169-188) Porto: Porto Editora
- Duchene, P. (2011). Qualidade: Indicadores e Gestão. In Hoeman, S. (Ed). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. (Saraiva, C. ; Merteus, J.; Abecasis, L.; Abecasis, M.; Sousa, M.; Negrão, M.; Pinheiro, M.; Azevedo, R., Trad) (4ª ed.) (pp.153-176) Loures:Lusociência. (tradução do original Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention & Outcomes, 4th ed., 2008)
- Engelke, Z. (2014). *Preoperative teaching: preparing patients for spinal surgery*. Acedido a 09-05-2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=227eb085-04ca-4dd7-9b52-ee079cc2c801%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4101>
- Falavigna, A., Neto, O. R. & Teles, A. R. (2009). Avaliação clínica e funcional no pré-operatório de doenças degenerativas da coluna vertebral. *Coluna*, 8 (3), p. 245-253.
- Falavigna, A., Teles, A. R., Braga, G. L., Barazzetti, D. O., Lazzaretti, L., & Tregnago, A. C. (2011). Instrumentos de Avaliação Clínica e Funcional. *Coluna*; 10(1), p. 62-67.
- Fonseca, A., Henriques, I., & Ferro, J. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório- Versão Portuguesa*. Heidelberg: The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Acedido em 12/02/15. Disponível em: [http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08\\_Guidelines\\_Portuguese.pdf](http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)
- Gomes, N. P. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. (Dissertação de Mestrado não

- publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1998). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole 2009.
- Lei nº 9/89 de 2 de Maio. *Diário da República nº 100 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa
- Marek, J. F. (2010). Doenças degenerativas. In Phipps, S., Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8ª ed.) (Vol 4, pp. 1607- 1666) Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical Nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007)
- Marek, J. F. & Boehulein, M. (2010). A Enfermagem Perioperatória. In Phipps, S., Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8ª ed.) (Vol 1, pp. 245-311) Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical Nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007).
- Martins, M.A., & Fernandes, P.C., (2010). *O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito*. Castelo Branco: IPCB. ESALD.
- Matias, A., & Antunes, F. (2012). Qualidade de vida na síndrome de cirurgia lombar falhada. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 21 (1), pp. 32-36.



- Meleis, A., Saywer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), p. 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). Theoretical development of transitions. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation - specific theories in nursing research and practice* (pp. 11-51). New York: Springer Publishing Company.
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Neto, J. N., Umata, R., Meves, R., Cafarro, M. F., Landim, É., & Avanzi, O. (2012). Estudo demográfico de pacientes portadores de deformidades de coluna vertebral que aguardam cirurgia em hospital terciário de alta complexidade. *Coluna.*, 11(3), p. 219-222.
- Nunes, L.; Amaral, M & Gonçalves, (2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, C., Júnior, J., Santos, A. & Oliveira, D. (2013). Síndrome de cauda equina devido à hérnia discal lombar: apresentação do caso. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 17 (1), 41-48.
- Pereira, T. B., & Santos, R. D. (2008). Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Enformação*, pp. 6-9. Acedido a 15 de junho de 2014.

Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/302>.

Phaneuf, M. (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*.

Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

Serrano, M. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho (Dissertação de Doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Acedido a 20/04/15. Disponível em:

[http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD T Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD%20T%20Serrano.pdf)

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transition a central concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), pp.119-127. Acedido a 09 de maio de 2014.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8063317>

Starkweather, A., Darnell, C. K., Heck, C., Merchant, K., Myers, C., & Smith, K. (2012). Thoracolumbar Spine Surgery: A Guide to Preoperative and Postoperative Patient Care. *AANN Clinical Practice Guideline Series*, p. 1-41.

World Health Organization (2014). Chronic diseases and health promotion (¶9,¶10 ).

Acedido em 06-06-2014. Disponível em:

<http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en>

## ANEXOS

**Anexo I:** Certificado de Formação Profissional do Curso Avançado de Massagem  
terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares

## CERTIFICADO

*PROFESSOR DOUTOR LUÍS MANUEL ALMEIDA SOARES JANEIRO, Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, certifica para os devidos efeitos que **Raquel Sofia Neves da Silva** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 21, 22, 28 e 29 de novembro de 2014, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.*

### CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:


- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

### Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

### Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

*Lisboa, 29 de dezembro de 2014.*

*P<sup>1</sup>* O Presidente do Conselho de Direção  
  
Prof. Doutor Luís Janeiro

**Anexo II:** Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do serviço de NC

ANEXO II

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Raquel Sofia Neves da Silva

Local de Estágio: [REDACTED] Início: 30/09/2014 Fim: 28/11/2014

Orientador: [REDACTED]

A aluna Raquel Silva demonstrou no decurso do estágio desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas no âmbito da enfermagem de reabilitação. Cumprir os objetivos a que se propôs no seu projeto de formação.

No campo do estágio avaliou situações de risco e definiu estratégias de intervenção com objetivo de evitar complicações e melhorar a capacidade funcional no doente submetido a cirurgia de coluna.

Tem decisões importantes na área da enfermagem reabilitadora, quer no âmbito da RFR que no âmbito de RCR, com vista a maximização da capacidade da pessoa.

Integra-se no grupo de profissionais do serviço das primeiras intervenções nos primeiros do doente, assim como nos primeiros do doente. Foi também importante no momento da intervenção a RUCS dos doentes.

DATA: 20/11/2014

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESEL	ESTUDANTE
			

**Anexo III:** Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador da ECCI



ANEXO II

\_\_\_\_ CURSO DE Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem  
de Reabilitação

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: RACQUIS, SÓFIA NUNES DA SILVA

Local de Estágio: \_\_\_\_\_ Início: 07/10/2014 Fim: 06/01/2015

Orientador: \_\_\_\_\_

ESTUDANTE OBSERVOU E POSTURA  
BOM ADAPTAÇÃO AO CUIDAR EM CONTEXTO INSTITUCIONAL PRECUCIONAR,  
Envolver da família/cuidador no plano de cuidados pessoais  
Apresenta bom nível crítico na apreciação e levantamento  
dos problemas, formula objetivos e planos atingidos,  
fazendo uma constante avaliação do processo de plano de cuidados  
Pouco sempre que possível, envolve os recursos  
comunitários (família, IPSS), tendo em conta a realidade  
do utente/família.  
Efectua a criação de pontes e ajudantes, actividades,  
iniciativas "diversas de uso, treino, actividades" efectuando  
tudo isso, considerando técnicas-públicas, sendo a sua orientação  
de adaptação aos problemas e dificuldades na sua intervenção  
verbal e não verbal.  
Demonstra conhecimentos técnicos aplicados em prática com o utente  
no contexto de técnicas aplicadas com RME e RFE.  
Em suma, evidencia um nível bom no processo de trabalho de  
aprendizagem, tendo cumprido todos os objetivos inicialmente  
propostos.  
Percurso avaliado qualitativo de nível bom.

DATA:

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
<u>24/05/2015</u>			

## APÊNDICES

## **Apêndice I: Cronograma do EC**

Ano	2014														2015									
Mês	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Mar		
Dias	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18		5	12	19	26	2	9	16	23	2	
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	17		2	9	16	23	30	6	13	20	27	6	
Estágio e Relatório																								
Apresentação do Relatório																								

[illegible]

Objetivo F1																							
Objetivo F2																							
Objetivo G1																							
Objetivo G2																							
Objetivo G3																							
Objetivo G4																							
Objetivo G5																							
Objetivo G6																							

Ensino Clínico I: Serviço Neurocirurgia



Ensino Clínico II: ECCL- Contexto Comunitário



Pausa Letiva



## **Apêndice II:** Preparação da visita aos locais de Ensino Clínico

## Preparação da visita aos locais de Ensino Clínico

### 1) Locais:

- ❖ Serviço de Neurocirurgia, HGO
- ❖ ACES Mafra, Pólo Malveira

### 2) Entrevistados:

- Enfermeira Chefe e EEER do Serviço de Neurocirurgia do HGO.
- EEER Paulo Santos do ACES Mafra (polo Malveira)

### 3) Objetivos:

- Planear a realização do ensino clínico com vista à aquisição das competências EEER;
- Conhecer o espaço físico, a missão da equipa de Enfermagem de Reabilitação e a sua dinâmica de funcionamento nos contextos da sua prática;
- Conhecer a filosofia inerente à gestão dos recursos de Enfermagem de Reabilitação.
- Conhecer os domínios de intervenção no âmbito das competências específicas do EEER desenvolvidos no serviço.

### 4) Guião de Entrevista:

Bloco Temático	Questões Possíveis
<b>Legitimação da entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos intervenientes</li><li>- Apresentação dos objetivos da entrevista</li><li>- Obtenção de consentimento</li></ul>
<b>Caracterização do serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qual a missão do serviço?</li><li>- Como se constitui o espaço físico do serviço?</li><li>- Que grupos profissionais constituem a equipa?</li><li>- Quantos enfermeiros generalistas fazem parte da equipa?</li><li>- Quantos EEER fazem parte da equipa?</li></ul>
<b>Caracterização da população assistida</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quais são os motivos de internamento mais frequentes?</li><li>- Que necessidades de cuidados de ER são mais frequentes na população assistida?</li><li>- Qual o tempo médio de internamento/frequência?</li><li>- Qual a taxa de ocupação?</li></ul>

<b>Avaliação dos utentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como são selecionados os clientes que beneficiam dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação?</li> <li>- Em que momentos, e segundo que instrumentos, realiza a avaliação dos clientes e das suas necessidades de cuidados?</li> </ul>
<b>Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais os critérios tidos em conta na distribuição dos clientes aos enfermeiros especialista em Enfermagem de Reabilitação?</li> <li>- Como procede ao planeamento dos cuidados? De que forma o cliente participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>- Quais as principais necessidades de intervenção do enfermeiro especialista, que identifica, na pessoa submetida a cirurgia da coluna?</li> <li>- Que intervenções desenvolve especificamente junto dos utentes submetidos a cirurgia da coluna, nos momentos pré e pós-operatório?</li> <li>- Quais as principais complicações que ocorrem com maior frequência na pessoa que é submetida a cirurgia da coluna?</li> <li>- Na sua opinião, qual o impacto das suas intervenções junto da pessoa submetida a cirurgia da coluna.</li> </ul>
<b>Continuidade de cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como avalia a sua intervenção? Que indicadores utiliza?</li> <li>- Onde e como são realizados os registos de Enfermagem de Reabilitação?</li> <li>- De que forma a família dos utentes é envolvida nos cuidados/no plano de reabilitação?</li> <li>- Como garante a continuidade de cuidados entre turnos e no domicílio/comunidade?</li> <li>- Como é decidida a alta? Qual o papel do EEER nessa decisão e como é o cliente encaminhado?</li> </ul>
<b>Autonomia, organização do trabalho e relações interdisciplinares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como organiza o seu trabalho ao longo do turno? Que tipo de atividades são prioritárias?</li> <li>- Articula a sua intervenção com a restante equipa de Enfermagem? E com elementos de outros grupos profissionais? Quais? De que forma é feita essa articulação?</li> <li>- Existe algum tipo de planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada cliente?</li> </ul>



<b>Gestão de recursos de Enfermagem de Reabilitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a cobertura da prestação de cuidados de Enfermagem Reabilitação durante o dia?</li> <li>- Quais as funções atribuídas ao(s) enfermeiro(s) especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação?</li> <li>- Na sua opinião, qual a relevância da Enfermagem de Reabilitação na equipa? Que ganhos identifica junto da equipa, clientes e na gestão do serviço?</li> </ul>
<b>Outras funções e atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual o seu envolvimento na formação no serviço?</li> <li>- Existe no serviço/na instituição algum projeto de melhoria contínua dos cuidados implementados/em implementação?</li> </ul>
<b>Conclusão da entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecimentos</li> </ul>

**Apêndice III:** Competências a desenvolver e respectivos objetivos específicos

<b>Competências/ Domínio de Competências</b>	<b>Objetivos específicos</b>
<b>A.</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	<b>A1.</b> Desenvolver competências no âmbito da avaliação neurológica e da funcionalidade, e diagnóstico de alterações ou risco de alterações, que determinem limitações da atividade ou incapacidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna. <b>A2.</b> Conceber e implementar planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado no processo de transição hospital/comunidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna. <b>A3.</b> Avaliar, com recurso a instrumentos de avaliação adequados, os resultados das intervenções implementadas.
<b>B.</b> Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividades e/ou participação para a reinserção e exercício da cidadania.	<b>B1.</b> Elaborar e implementar um programa individual de treino de AVD, visando a adaptação às limitações físicas e da mobilidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna, e a sua máxima autonomia e qualidade de vida.
<b>C.</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	<b>C1.</b> Otimizar e/ ou reeducar funcionalmente aos níveis motor, sensorial, respiratório, e da sexualidade na pessoa submetida a cirurgia da coluna.
<b>D.</b> Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	<b>D1.</b> Compreender o papel do EER no contexto de prestação de cuidados e de ensino clínico, tendo em conta a sua organização e dinâmica, a equipa e a população-alvo. <b>D2.</b> Desenvolver um exercício profissional seguro, profissional e ético. <b>D3.</b> Desenvolver habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, numa variedade de situações de prática especializada em enfermagem de reabilitação.

	<p><b>D4.</b> Aprofundar conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente, com vista ao desenvolvimento de prática especializada.</p> <p><b>D5.</b> Promover prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>
<b>E.</b> Domínio da melhoria da qualidade	<p><b>E1.</b> Desempenhar um papel colaborativo e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas (institucionais e/ou do serviço), na área da qualidade.</p> <p><b>E2.</b> Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.</p> <p><b>E3.</b> Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção e favorecedor de uma transição hospital/comunidade saudável e positiva.</p>
<b>F.</b> Domínio da gestão de cuidados	<p><b>F1.</b> Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, enquanto EEER, otimizando as respostas de enfermagem em articulação com a restante equipa de saúde, garantindo igualmente a sua continuidade.</p> <p><b>F2.</b> Reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.</p>
<b>G.</b> Domínio do desenvolvimento das atividades profissionais	<p><b>G1.</b> Desenvolver a capacidade de autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>G2.</b> Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</p> <p><b>G3.</b> Facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p> <p><b>G4.</b> Desenvolver a práxis clínica ancorada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na área da enfermagem de reabilitação.</p> <p><b>G5.</b> Desenvolver e aplicar conhecimentos científicos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.</p> <p><b>G6.</b> Desenvolver a capacidade de análise crítica de situações clínicas, em estreita articulação com os conhecimentos teórico-práticos.</p>

#### **Apêndice IV:** Plano de Atividades

Objetivos Específicos	Atividades planeadas	Indicadores/ Critérios de Avaliação
<p><b>A1.</b> Desenvolver competências no âmbito da avaliação neurológica e da funcionalidade, e diagnóstico de alterações ou risco de alterações, que determinem limitações da atividade ou incapacidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna.</p> <p><b>A2.</b> Conceber e implementar planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado no processo de transição hospital/comunidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna.</p>	<p>A1.1. Avaliação neurológica e da capacidade funcional da pessoa proposta para cirurgia da coluna no decurso do internamento: pré e pós-operatório.</p> <p>A1.2. Revisão da literatura acerca dos instrumentos de avaliação disponíveis e adequados à pessoa submetida a cirurgia da coluna.</p> <p>A2.1. Avaliação pré-operatória da motivação, habilidades cognitivas, comportamentais e motoras do cliente para a adesão a um programa de reabilitação.</p> <p>A2.2. Avaliação para rastreio de necessidades de intervenção psicossocial.</p> <p>A2.3. Identificação das necessidades e expetativas funcionais da pessoa alvo de cuidados.</p>	<p>❖ <b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter avaliado a capacidade funcional, força muscular, sensibilidade, tónus muscular e equilíbrio, a pelo menos 5 pessoas submetidas a cirurgia da coluna em pelo menos uma das fases do percurso do internamento, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados.</li> <li>- Ter avaliado o nível de motivação para a adesão ao programa de reabilitação, as necessidades de intervenção, as expetativas funcionais, bem como as estratégias de autogestão para lidar com a sintomatologia do cliente.</li> <li>- Ter planeado e implementado o processo de enfermagem de reabilitação individualizado, a pelo menos 5 clientes submetidos a cirurgia da coluna.</li> <li>- Ter avaliado com recurso a instrumentos de avaliação adequados o plano de intervenção implementado no âmbito da prática especializada em enfermagem de reabilitação.</li> </ul>

<p><b>A3.</b> Avaliar, com recurso a instrumentos de avaliação adequados, os resultados das intervenções implementadas</p>	<p>A2.4. Identificação, em conjunto com o cliente e família, de estratégias de autogestão para lidar eficazmente com a sintomatologia.</p> <p>A2.5. Aplicação do processo de enfermagem de reabilitação no cuidado ao cliente submetido a cirurgia da coluna, segundo o quadro de referência conceptual de enfermagem elegido (Teoria da Transição de Afaf Meleis).</p> <p>A2.6. Educação para a saúde com início no momento pré operatório e continuado no pós-operatório relativamente a: posicionamentos, mobilidade e transferências; uso de equipamentos adaptativos (caso se aplique); treino de exercício; mecânica e alinhamento corporal; retorno progressivo e seguro à vida ativa.</p> <p>A3.1. Monitorização contínua da capacidade funcional e satisfação do cliente submetido a cirurgia da coluna.</p> <p>A3.2. Uso de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar</p>	<p>❖ <b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida foram identificados problemas reais ou potenciais sensíveis à intervenção do EEER.</li> <li>- Em que medida as atividades desenvolvidas permitiram contribuir para a existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.</li> <li>- Em que medida a informação colhida foi pertinente para o planeamento de intervenções.</li> <li>- Em que medida o plano de intervenção do EEER contribui para a maximização da funcionalidade, qualidade de vida e satisfação do cliente e família.</li> <li>- Em que medida a minha intervenção, enquanto futura EEER, pode ser promotora do desenvolvimento de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado no processo de transição hospital/comunidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna.</li> </ul>
--	---	---

	ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e qualidade de vida).	
<b>Recursos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.</li> <li>Materiais: Instrumentos de Avaliação e de registo de enfermagem de reabilitação; folhetos educativos; resultados da pesquisa bibliográfica (artigos periódicos, bases de dados e outros).</li> <li>Físicos: Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED]; UCC [REDACTED].</li> </ul>		
<b>B1.</b> Elaborar e implementar um programa individual de treino de AVD, visando a adaptação às limitações físicas e da mobilidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna, e a sua máxima autonomia e qualidade de vida.	<p>B1.1. Avaliação das necessidades e recursos do cliente (pessoais, familiares e da comunidade) no processo de transição hospital/comunidade, com vista à melhor adaptação do seu contexto domiciliário à nova condição.</p> <p>B1.2. Exploração de produtos de apoio potencialmente úteis para o cliente submetido a cirurgia da coluna.</p> <p>B1.3. Realização de treino de AVD com a pessoa submetida a cirurgia da coluna, envolvendo a família.</p> <p>B1.4. Avaliação contínua, e reformulação, do programa de treino de AVD, em função dos resultados apresentados e das necessidades e</p>	<p>❖ <b>Indicadores de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter avaliado as necessidades da pessoa submetida a cirurgia da coluna na adaptação ao seu contexto domiciliário.</li> <li>- Ter realizado um programa de treino de AVD com, pelo menos, 5 clientes submetidos a cirurgia da coluna, de acordo com as suas necessidades e objetivos no processo de transição hospital/comunidade.</li> </ul> <p>❖ <b>CrITÉrios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida os recursos identificados e mobilizados favoreceram os processos adaptativos do contexto domiciliário à nova condição da pessoa submetida a cirurgia da coluna.</li> </ul>



	objetivos do cliente na adaptação ao contexto domiciliário.	- Em que medida a minha intervenção, enquanto futura EEER, pode ser promotora do retorno à vida ativa do cliente.
<b>Recursos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.</li> <li>▪ Materiais: Produtos de apoio, instrumentos de registo de enfermagem de reabilitação; folhetos educativos; resultados da pesquisa bibliográfica.</li> <li>▪ Físicos: Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED]; UCC [REDACTED].</li> </ul>		
<b>C1.</b> Otimizar e/ ou reeducar funcionalmente aos níveis motor, sensorial, respiratório, e da sexualidade na pessoa submetida a cirurgia da coluna.	<p>C1.1. Planeamento e implementação de intervenções, de forma personalizada, de reeducação funcional respiratória e reabilitação sensoriomotora da pessoa submetida a cirurgia da coluna, de acordo com os problemas (reais ou potenciais) diagnosticados.</p> <p>C1.2. Ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar com vista à maximização do desempenho a nível respiratório e sensoriomotor, tendo em conta os objetivos e preferências individuais do cliente.</p> <p>C1.3. Exploração dos equipamentos adaptativos habitualmente prescritos à pessoa que é submetida a cirurgia da coluna.</p>	<p>❖ <b>Indicadores de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter planeado e implementado intervenções personalizadas de reeducação funcional respiratória, sensoriomotora e da sexualidade, a pelo menos 5 pessoas submetidas a cirurgia da coluna, nos períodos pré ou pós-operatório, de acordo com os problemas (reais ou potenciais) diagnosticados, objetivos e preferências individuais do cliente.</li> <li>- Ter explorado os equipamentos adaptativos habitualmente prescritos à pessoa submetida a cirurgia da coluna.</li> <li>- Ter avaliado os resultados obtidos com as intervenções implementadas e reformulado o plano em conformidade.</li> </ul>

	<p>C1.4 Avaliação contínua e reformulação, do programa de reeducação funcional (sensoriomotor, respiratório e da sexualidade), em função dos resultados apresentados e das necessidades e objetivos do cliente</p>	<p><b>❖ Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida as intervenções planeadas e implementadas preveniram os problemas potenciais e contribuíram para a resolução dos problemas reais diagnosticados.</li> <li>- Em que medida o plano implementado se baseia na avaliação e diagnóstico de problemas/necessidades, e em objetivos realistas de acordo com as expetativas da pessoa.</li> <li>- Em que medida a informação disponibilizada foi pertinente e transmitida de forma adequada ao cliente e à sua realidade.</li> <li>- Em que medida, o ensino e o treino de técnicas no âmbito da reeducação funcional contribuíram para um máximo desempenho do cliente, a nível respiratório e sensoriomotor, tendo em conta os seus objetivos e preferências.</li> </ul>
<p><b>Recursos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.</li> </ul>		

- Materiais: instrumentos de registo de enfermagem de reabilitação; equipamentos adaptativos (quando aplicável); resultados da pesquisa bibliográfica
- Físicos: Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED]; UCC [REDACTED].

**D1.** Compreender o papel do EER no contexto de prestação de cuidados e de ensino clínico, tendo em conta a sua organização e dinâmica, a equipa e a população-alvo.

**D2.** Desenvolver um exercício profissional seguro, profissional e ético.

D1.1. Visita ao serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] com aplicação do guião de entrevista.

D1.1. Realização regular de reuniões informais com os Enfermeiros Chefe e EEER, e restante equipa multidisciplinar.

D1.2. Consulta de documentos do serviço e/ou instituição: manuais, normas, protocolos de atuação e instrumentos de registo.

D1.3. Identificação de recursos materiais e humanos do contexto clínico.

D1.4. Identificação das principais necessidades da população-alvo de cuidados.

D1.5. Integração na equipa multidisciplinar.

D2.1. Consulta e análise do Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista e do EEER.

❖ **Indicadores:**

- Ter realizado a visita ao serviço de Neurocirurgia do [REDACTED].
- Ter realizado regularmente reuniões informais com os Enfermeiros Chefe e EER; e restantes elementos da equipa multidisciplinar.
- Ter consultado os documentos do serviço e/ou da instituição, principalmente os mais relevantes para a prática especializada em ER.
- Ter utilizado os instrumentos de registo do serviço como os de alta/transferência/encaminhamento para a comunidade.
- Ter conhecimento acerca da caracterização do serviço nos seguintes domínios: espaço físico, recursos humanos e materiais, dinâmica e o seu funcionamento.
- Ter recolhido informação relativa às características e principais necessidades da população-alvo de cuidados.

<p><b>D3.</b> Desenvolver habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, numa variedade de situações de prática especializada em enfermagem de reabilitação.</p> <p><b>D4.</b> Aprofundar conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente, com vista ao desenvolvimento de prática especializada.</p> <p><b>D5.</b> Promover prática de cuidados que respeitem os direitos</p>	<p>D2.2. Tomada de decisão baseada no juízo e na reflexão do melhor conhecimento do processo de transição experienciado pela pessoa, e da melhor evidência científica disponível.</p> <p>D3.1. Negociação permanente de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente e sua família, disponibilizando todas as opções de resolução possíveis.</p> <p>D3.2. Participação na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>D4.1. Identificação de necessidades e preferências do cliente alvo de cuidados.</p> <p>D4.2. Desempenho do papel de consultor junto do cliente e sua família, correspondente à área de enfermagem de reabilitação.</p> <p>D4.3. Aferição e partilha dos resultados obtidos das tomadas de decisão.</p> <p>D4.4. Recolha de contributos, resultantes da análise dos fundamentos das decisões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter compreendido a intervenção do EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador.</li> <li>- Ter participado ativamente no seio da equipa multidisciplinar, no âmbito da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, e na construção da tomada de decisão em equipa.</li> <li>- Ter baseado a tomada de decisões no juízo e reflexão do melhor conhecimento da pessoa e seu ambiente, e na melhor evidência científica.</li> <li>- Ter colaborado e envolvido todos os intervenientes no processo de cuidados em enfermagem de reabilitação, numa relação de parceria com o cliente/família e de complementaridade funcional com a equipa multidisciplinar.</li> <li>- Ter otimizado a comunicação com os elementos da equipa multidisciplinar, através da expressão de pareceres fundamentados e fornecimento de informação pertinente para a tomada de decisão.</li> <li>- Ter assumido a defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico, relevando os relativos à área de ER.</li> </ul>
--	---	---

<p>humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>D5.1. Integração na prática de cuidados especializados o respeito pelos direitos de acesso à informação, privacidade, escolha e autodeterminação.</p> <p>D5.2. Promoção da confidencialidade e segurança da informação escrita e oral do cliente e sua família.</p> <p>D5.3. Identificação e respeito dos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas do cliente e sua família.</p>	<p>- Ter reconhecido, aceite e respeitado os direitos do cliente alvo de cuidados, bem como os seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas.</p> <p><b>❖ Critérios de Avaliação:</b></p> <p>- De que modo as atividades realizadas permitiram melhor compreender o papel do EER.</p> <p>- Em que medida as atividades planeadas e implementadas permitiram o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e legais.</p> <p>- Em que medida foi demonstrada disponibilidade para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>- De que modo a integração na equipa multidisciplinar permitiu desenvolver mais eficazmente competências na prestação de cuidados em enfermagem de reabilitação.</p> <p>- Em que medida a informação transmitida com clareza e rigor científico, e pertinência para a tomada de decisão da equipa.</p>
--	--	---

**Recursos:**

- Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.
- Materiais: Guião de entrevista, Código Deontológico do Enfermeiro; Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista e do EEER; documentos do serviço e/ou da instituição; instrumentos de registo do serviço e resultados da pesquisa bibliográfica.
- Físicos: Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED]; UCC [REDACTED].

**E1.** Desempenhar um papel colaborativo e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas (institucionais e/ou do serviço), na área da qualidade.

**E2.** Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

E1.1. Integração de diretivas institucionais e/ou do serviço, e da melhor evidência na área da qualidade, na prestação de cuidados.

E1.2. Colaboração com a equipa multidisciplinar na conceção e concretização de projetos na área da qualidade.

E2.1. Identificação de oportunidades e prioridades, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

E2.2. Seleção de estratégias que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

E2.3. Incorporação de conhecimentos avançados na prestação de cuidados.

E2.4. Partilha e discussão junto da equipa conhecimentos e experiências avaliados pela evidência científica como sendo de sucesso.

**❖ Indicadores:**

- Ter consultado e integrado as diretivas institucionais e/ou do serviço vigentes na prestação de cuidados.
- Ter pesquisado evidência científica relativa à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
- Ter colaborado com a equipa no desenvolvimento e implementação de projetos no âmbito da melhoria da qualidade.
- Ter identificado oportunidades e selecionado estratégias de melhoria.
- Ter promovido a análise e a discussão de conhecimentos e experiências junto do EEER orientador e da equipa multidisciplinar.
- Ter identificado necessidades relativas à promoção de um ambiente seguro, baseado e adequado às limitações funcionais do cliente.

<p><b>E3.</b> Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção e favorecedor de uma transição hospital/comunidade saudável e positiva.</p>	<p>E3.1. Identificação de necessidades relativas à promoção de um ambiente seguro e protetor no decurso do processo de transição hospital/comunidade, de acordo com as limitações funcionais do cliente.</p> <p>E3.2. Adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados: respeito pelos princípios da segurança; aplicação dos princípios da ergonomia; identificação de riscos ambientais, e atuação no sentido de os minimizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter respeitado princípios de segurança e aplicado os princípios de ergonomia para evitar danos a profissionais e clientes.</li> <li>- Ter identificado riscos ambientais, e atuado no sentido de os minimizar.</li> </ul> <p><b>❖ Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida os cuidados prestados se basearam em evidência científica e em normas de qualidade.</li> <li>- Em que medida foi desenvolvida uma prática de cuidados reflexiva e centrada na melhoria contínua.</li> <li>- Em que medida foram identificadas as necessidades dos clientes relativamente à promoção de um ambiente seguro.</li> <li>- Em que medida foi garantida a segurança dos clientes na prestação de cuidados.</li> <li>- Em que medida foram adotados comportamentos seguros, nomeadamente, o respeito pelos princípios da segurança e ergonomia.</li> <li>- Em que medida foram realizadas adaptações do ambiente no sentido de prevenir ou minimizar os riscos ambientais.</li> </ul>
--	---	--

**Recursos:**

- Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.
- Materiais: Documentos do serviço e/ou da instituição; resultados da pesquisa bibliográfica.
- Físicos: Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED]; UCC [REDACTED].

**F1.** Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, enquanto EEER, otimizando as respostas de enfermagem em articulação com a restante equipa de saúde, garantindo igualmente a sua continuidade.

**F2.** Reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.

F1.1. Otimização e utilização eficiente dos recursos em função das necessidades de cuidados.

F1.2. Partilha junto da equipa multiprofissional da informação relevante para o processo de cuidar e respetiva avaliação.

F1.3. Promoção da segurança e qualidades das atividades delegadas.

F1.4. Utilização de instrumento de registo ou de outros disponíveis no serviço que sejam facilitadores da articulação com a comunidade.

F2.1. Negociação e referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, sempre que se justifique.

F2.1. Promoção de um ambiente positivo e favorecedor à prática de cuidados em equipa.

**❖ Indicadores:**

- Ter disponibilizado assessoria a enfermeiros e restantes elementos da equipa multiprofissional.
- Ter colaborado nas decisões da equipa multiprofissional.
- Ter ajuizado corretamente quanto à pertinência da delegação de atividades.
- Ter instruído e demonstrado a prática das atividades a delegar.
- Ter supervisionado e avaliado os cuidados prestados, em situação de delegação.
- Ter utilizado instrumentos de comunicação, facilitadores da articulação com a comunidade.
- Ter reconhecido em momentos da prática clínica a necessidade de negociar e referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

**❖ Critérios de Avaliação:**



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida foram percecionados e respeitados os limites da intervenção do EEER.</li> <li>- Em que medida foi realizada a referenciação ou solicitada a colaboração de outros profissionais, sempre que pertinente.</li> <li>- Em que medida, foram garantidas a continuidade e a segurança dos cuidados.</li> </ul>
<b>Recursos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.</li> <li>▪ Materiais: Instrumentos de registo de enfermagem de reabilitação (notas de evolução, notas de alta/transferência e de encaminhamento para comunidade).</li> <li>▪ Físicos: Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED]; UCC [REDACTED].</li> </ul>		
<b>G1.</b> Desenvolver a capacidade de autoconhecimento e a assertividade.	G1.1. Partilha das dificuldades sentidas com o Prof. Orientador e EEER orientador. G1.2. Análise reflexiva acerca das principais potencialidades e fragilidades.	<b>❖ Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter diagnosticado as necessidades formativas no seio da equipa.</li> <li>- Ter favorecido a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, em contexto formal e informal.</li> <li>- Ter contribuído para o desenvolvimento de um novo conhecimento no âmbito da prática clínica especializada em enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
<b>G2.</b> Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	G2.1 Análise reflexiva e registo dos incidentes críticos experienciados na prática de cuidados. G2.2. Identificação de estratégias potencialmente facilitadoras de adaptação à aquisição de um novo papel.	

<p><b>G3.</b> Facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p> <p><b>G4.</b> Desenvolver a práxis clínica ancorada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na área da enfermagem de reabilitação.</p> <p><b>G5.</b> Desenvolver e aplicar conhecimentos científicos na prestação de cuidados</p>	<p>G3.1. Diagnóstico das necessidades formativas na equipa.</p> <p>G3.2. Desenvolvimento de ações formativas oportunas no contexto da prestação de cuidados e/ou em momentos formais.</p> <p>G3.3. Avaliação do impacto das ações formativas.</p> <p>G4.1. Realização de pesquisa bibliográfica, e respetiva discussão junto do EEER orientador e Prof. Orientador, acerca da evidência científica encontrada.</p> <p>G4.2. Prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, de acordo com as necessidades do cliente.</p> <p>G4.3. Reavaliação permanente do plano de intervenção implementado, e consequente modificação, se necessário.</p> <p>G5.1. Utilização de tecnologias de informação, fontes e métodos de pesquisa adequados.</p>	<p>- Ter demonstrado conhecimentos e tê-los aplicado na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.</p> <p>- Ter pesquisado e discutido com o EEER orientador e Prof. Orientador a evidência científica encontrada.</p> <p>- Ter mobilizado os conhecimentos apreendidos em contexto formal para o ambiente de cuidados.</p> <p>- Ter efetuado reavaliações constantes dos planos de intervenção implementados, e respetivas modificações, se necessário.</p> <p>- Ter existido pelo menos 3 clientes que expressem que os cuidados de enfermagem de reabilitação foram de encontro às suas necessidades.</p> <p><b>❖ Critérios de Avaliação:</b></p> <p>- Em que medida foram corretamente diagnosticadas as necessidades formativas da equipa.</p> <p>- Em que medida foram promovidos (formal ou informalmente) momentos formativos junto da equipa de enfermagem.</p> <p>- Em que medida as ações formativas desenvolvidas foram geradoras e facilitadoras da aprendizagem coletiva dos elementos da equipa de enfermagem.</p>
---	---	---

<p>especializados, seguros e competentes.</p> <p><b>G6.</b> Desenvolver a capacidade de análise crítica de situações clínicas, em estreita articulação com os conhecimentos teórico-práticos.</p>	<p>G5.2. Mobilização dos conhecimentos apreendidos no contexto de formação formal para o contexto de cuidados.</p> <p>G6.1. Análise e registo de incidentes críticos experienciados em contexto clínico.</p> <p>G6.2. Rentabilização de oportunidades de aprendizagem promovidas pela experiência da prática clínica.</p>	<p>- Em que medida houve investimento no desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos.</p> <p>- Em que medida a prática de cuidados evidenciou um crescente domínio de conhecimento de si, de conhecimentos teórico-práticos, e competência.</p> <p>- Em que medida as oportunidades de aprendizagem foram rentabilizadas e analisadas criticamente.</p> <p>- Em que medida a prática clínica contribui para a articulação teórico-prática, e consequente, desenvolvimento da capacidade de análise crítica de situações clínicas.</p>
<p><b>Recursos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: Professor Orientador do projeto de formação; Enfermeiros Chefe e EEER; Equipa multidisciplinar; Cliente e sua família.</li> <li>Materiais: anotações pessoais de incidentes críticos, resultados da pesquisa bibliográfica (artigos periódicos, bases de dados e outros).</li> <li>Físicos: Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED]; UCC [REDACTED].</li> </ul>		

**Apêndice V:** Processo de ER dirigido ao Sr. C.A.

## A) DADOS PESSOAIS

Sr. C. A., sexo masculino, 50 anos de idade.

## B) HISTÓRIA SÓCIO-FAMILIAR

O Sr. C.A. refere saber ler e escrever, tendo estudado até ao 2º ciclo. Trabalhou como eletricista desde os seus 16 anos até 1998. Desempregado desde então. Vive com a mãe de 74 anos de idade, reformada, cuja pensão é a única fonte de rendimento deste agregado familiar. O Sr. C.A. tem 2 filhas (uma delas com 26 anos de idade e a outras com 18 anos) e outro filho menor, com 10 anos de idade. Segundo o mesmo, o convívio que estabelece com eles é ocasional. Quando questionado acerca de como ocupa o seu tempo, referiu que, passava grande parte do tempo em casa a ver televisão e sair com os amigos “para beber umas imperiais e fumar uns cigarrinhos” (SIC). Encaminhado para a Assistente Social e referenciado para a RNCCI<sup>4</sup>.

## C) HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

O Sr. C.A., a 2 de outubro de 2014, recorre ao serviço de urgência por quadro com cerca de 1 mês de evolução de diminuição da força nos membros - com início nas extremidades distais dos membros superiores, e posterior envolvimento dos membros inferiores; parestesias nas mãos; incontinência desde há 15 dias; e com incapacidade para a marcha desde há um dia.

À observação apresenta-se vígil, calmo e colaborante e tetraparésia: grau 3 na extremidade distal de ambos os membros superiores e grau 4 a nível proximal; grau 2 ao nível do membro inferior esquerdo a nível proximal, e grau 3 a nível distal; e grau 3 aos níveis proximal e distal, no membro inferior direito. Quanto à avaliação da sensibilidade algica apresenta-se pouco consistente, sem nível claro e com aparente hipoestesia das mãos e face anterior coxa direita.

Realizou RNM Cervical com o seguinte relatório:

*“Anterolistese grau I/IV de **C6 sobre C7**, consequente a artropatia facetária posterior C6-C7 bilateral, existindo ligeiro alargamento da interlinha articular na posição de estudo que interpreto como provável subluxação. Redução da altura do disco intervertebral C6-C7, existindo pseudoprotusão discal posterior de base larga. O conjunto destas alterações*

---

<sup>4</sup> Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

*justifica **estenose canalar central muito marcada**, responsável por **compressão da medula**. Hipersinal medular compreendido entre os níveis médio-somático de C6 e somático inferior de D1, traduzindo edema (sem hipossinais nas imagens T2\* atribuíveis a hemorragia).*  
“

A 3/10/2014 foi submetido a discectomia e a artrodese C6-C7, via anterior, ficando internado no serviço de Neurocirurgia (enfermaria). Após a cirurgia mantém tetraparésia, cuja avaliação da força muscular figura nas **tabelas I, II, III**. Sem alteração da sensibilidade e controlo de esfíncteres eficaz.

Por quadro de dificuldade respiratória e sinais de obstrução da via aérea superior (estridor laríngeo e polipneia), foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios do mesmo serviço. Realizou TAC cervical que revelou “...*edema das partes moles inferiores com desvio da traqueia, mas sem hematoma na loca cirúrgica.*” Discutido com o doente a necessidade de manter a patência da via aérea com TOT, que o doente aceitou. Melhoría do quadro respiratório, tendo sido extubado a 09/10/2014 e transferido novamente para enfermaria a 10/10/2014, com oxigenoterapia por máscara facial a 4l/min.

#### **D. HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA**

O Sr. C.A. no ano de 2008 foi submetido a cirurgia da coluna lombar, por patologia degenerativa.

Em Agosto de 2013 foi internado por fratura dos arcos costais (7º, 8º e 9ºs), contusão pulmonar e hematoma paravesical direito, na sequência de uma tentativa de suicídio com queda do 3º andar por Síndrome Depressivo.

Seguido em consulta de Neurologia por discinesia tardia dos neurolépticos, não sabendo especificar desde quando.

Desde maio deste ano é seguido pela Neurocirurgia, por espondilolistese C6-C7 descrita como degenerativa em TAC cervical, e bastante agravada relativamente a TAC cervical de agosto de 2013, embora sem estenose canalar central significativa. Referia cervicobraquialgia até ao cotovelo direito e parestesias de toda a mão direita, sem outros défices neurológicos.

Como outros antecedentes: DPOC ligeira e Enfisema Pulmonar, vindo a ser seguido pela médica de família.

Refere hábitos alcoólicos marcados, sendo seguido no CAT de [REDACTED], com algumas recaídas. Nega consumo de bebidas alcoólicas desde Dezembro de 2013. Quanto a hábitos tabágicos refere ser fumador desde os seus 20 anos, com um consumo médio de 1 maço e meio por dia ( $UMA^5=45$ ). Último consumo: véspera do internamento.

Terapêutica habitual: Diazepam 10mg, ao pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia; Gabapentina 200mg ao pequeno-almoço e jantar.

## **E. NEUROAVALIAÇÃO INICIAL**

### **E1) Estado Mental**

O Sr. C.A. apresenta-se vígil, reagindo apropriadamente a estímulos externos (verbais e táteis), com score 15 na Escala de Coma de Glasgow: abertura ocular espontânea (4); resposta verbal orientada, no que se refere ao tempo, espaço e ao próprio (5); e obedece a comandos verbais simples, em termos de resposta motora (6).

Do ponto de vista da atenção apresenta capacidade da vigilância, tenacidade e mantidas. O Sr. C.A. encontrava-se atento ao solicitado, sem se distrair com os estímulos externos. Foi solicitado ao Sr. C.A. que batesse na grade da cama sempre numa sequência de letras, se ouvisse a letra “A”, que prontamente acedeu sem erros e sem alterações temporais na resposta. No teste da concentração (subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100), o Sr. C.A. não respondeu adequadamente às questões levantadas. Apresenta comprometimento da memória remota, tendo dificuldade em lembrar alguns aspetos de eventos passados importantes. Sem compromisso da memória imediata e recente. Em termos da linguagem, apresenta um discurso espontâneo e fluente, não apresentando alterações ao nível da compreensão, nomeação e repetição. As capacidades práxicas encontram-se preservadas, sendo capaz de executar gestos icónicos, como simular o levar o copo à boca e “dizer adeus”, embora com alguma lentificação motora devido ao comprometimento da força muscular dos membros superiores e da motricidade fina.

---

<sup>5</sup> Fórmula “unidade maço ano” ( $UMA = \text{anos de fumador} \times \text{número de cigarros dia}/20$ )

## E2) Motricidade

### E2.1) Avaliação da Força Muscular<sup>6</sup>

**Tabela I:** Força muscular dos membros inferiores

	<i>Flex.</i>		<i>Ext.</i>		<i>Adu.</i>		<i>Abd.</i>		<i>RI</i>		<i>RE</i>		<i>Inv.</i>		<i>Eve.</i>		<i>F.P.</i>		<i>F.D.</i>	
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
<b>Dedos</b>	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5												
<b>TT</b>													3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5
<b>Joelho</b>	2/5	3/5	2/5	3/5																
<b>Coxofemoral</b>	2/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5								

**Tabela II:** Força muscular dos membros superiores

	<i>Flex.</i>		<i>Ext.</i>		<i>Adu.</i>		<i>Abd.</i>		<i>RI</i>		<i>RE</i>		<i>Circ.</i>		<i>Opo.</i>		<i>F.P.</i>		<i>F.D.</i>		<i>D.R.</i>		<i>D.C.</i>		<i>Pron.</i>		<i>Sup.</i>	
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
<b>Dedos</b>	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5					3/5	3/5	3/5	3/5												
<b>Punho</b>													3/5	3/5			3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5				
<b>Antebraço</b>																									3/5	3/5	3/5	3/5
<b>Cotovelo</b>	4/5	4/5	4/5	4/5																								
<b>Ombro</b>	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5																

**Tabela III:** Força muscular da cabeça e pescoço

	<i>Flexão</i>	<i>Extensão</i>	<i>Flexão lateral esquerda</i>	<i>Flexão lateral direita</i>	<i>Rotação</i>
<b>Cabeça e Pescoço</b>	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5

<sup>6</sup> Segundo a **Escala de Lawton**



## E.2.2) Avaliação do Tônus Muscular<sup>7</sup>

**Tabela IV:** Tônus muscular dos membros inferiores

	<i>Flex.</i>		<i>Ext.</i>		<i>Adu.</i>		<i>Abd.</i>		<i>RI</i>		<i>RE</i>		<i>Inv.</i>		<i>Eve.</i>		<i>F.P.</i>		<i>F.D.</i>	
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
<i>Dedos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0												
<i>TT</i>													0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Joelho</i>	0	0	0	0																
<i>Coxofemoral</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								

**Tabela V:** Tônus muscular dos membros superiores

	<i>Flex.</i>		<i>Ext.</i>		<i>Adu.</i>		<i>Abd.</i>		<i>RI</i>		<i>RE</i>		<i>Circ.</i>		<i>Opo.</i>		<i>F.P.</i>		<i>F.D.</i>		<i>D.R.</i>		<i>D.C.</i>		<i>Pron.</i>		<i>Sup.</i>	
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
<i>Dedos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0												
<i>Punho</i>													0	0			0	0	0	0	0	0	0	0				
<i>Antebraço</i>																									0	0	0	0
<i>Cotovelo</i>	0	0	0	0																								
<i>Ombro</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																

**Tabela VI:** Tônus muscular da cabeça e pescoço

<sup>7</sup> Segundo a **Escala Modificada de Ashworth**.

	<i><b>Flexão</b></i>	<i><b>Extensão</b></i>	<i><b>Flexão lateral esquerda</b></i>	<i><b>Flexão lateral direita</b></i>	<i><b>Rotação</b></i>
<i><b>Cabeça e Pescoço</b></i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

### **E2.3) Coordenação Motora**

O Sr. C.A. consegue completar a prova dedo-nariz de olhos abertos e fechados e a prova calcanhar Joelho, embora com alguma lentificação devido à tetraparésia já anteriormente detalhada.

### **E3) Sensibilidade**

O Sr. C.A. apresenta sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (barestesia, postural e estereognosia) mantida em todos os segmentos corporais.

### **E4) Equilíbrio**

A 14/10/2014 iniciou o primeiro levante, tendo sido testado o equilíbrio estático e dinâmico sentado. Em ambos os testes manteve o equilíbrio, embora tenha referido discretas tonturas. Quanto à realização do teste equilíbrio de pé estático não foi possível a sua realização, uma vez que Sr. C.A. foi incapaz de se manter em equilíbrio sem o meu apoio e do EEER, apresentando uma oscilação permanente do tronco e instabilidade dos membros inferiores.

### **E5) Marcha**

Iniciou treino de marcha controlada a 16/10/2014, com as seguintes características: instabilidade do tronco e membros inferiores; base de sustentação estreita; movimentos descoordenados; arrastamento dos pés, dirigindo o olhar para o solo, durante a marcha.

## **F) AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE RISCOS**

### **F1) Avaliação Psicológica**

O Sr. C.A. apresenta quadro de ansiedade e alguns sinais de depressão: períodos de labilidade emocional, discurso negativista face à sua condição e comportamentos passivos. Revela também pelo seu discurso uma percepção negativa da sua situação clínica, pela verbalização do seguinte: “em vez de melhorar, estou cada vez pior...” (SIC).

### **F2) Avaliação Funcional Respiratória**

O Sr. C. A. apresenta padrão respiratório com predomínio do movimento misto durante as incursões respiratórias, simétricos, de ritmo regular e amplitude superficial.

Apresenta oxigenoterapia com o débito de 3l/min por máscara facial, com valores de saturações periférica de oscilantes entre os 93- 95%, e com frequência respiratória de cerca de 19 ciclos por minuto.

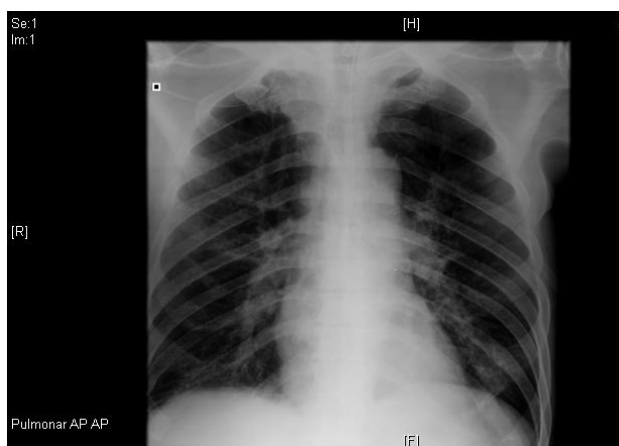
Do ponto de vista da sintomatologia apresenta tosse ineficaz, não conseguindo expelir as secreções, as quais têm de ser aspiradas frequentemente, apresentando as seguintes características: semi-fluidas, amareladas e em quantidade moderada a abundante. A avaliação da dispneia foi realizada com recurso à Escala de Borg Modificada (ver **Quadro I**), tendo o Sr. C.A. classificada como intensa (5).

#### **Quadro I:** Escala Modificada de Borg

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

À inspeção do tórax do Sr. C.A., dada a sua conformação óssea, este pode ser classificado em “*pectus carinatum*”: o esterno é proeminente e as costelas horizontalizadas. Na auscultação pulmonar realizada foi audível a presença de ruídos adventícios (roncos) dispersos, e diminuição de murmúrio vesicular nas bases.

A observação da radiografia do Tórax (ver **Figura 1**), onde se observa um infiltrado intersticial bilateral difuso.



**Figura 1:** Telerradiografia do tórax do Sr. C.A., a 3/10/2014.

### F3) Avaliação de Independência Funcional

**Quadro II:** Medida de Independência Funcional (MIF) a 3/10/2014

Níveis	7 Independência completa	SEM AJUDA
	6 Independência modificada (dispositivo)	
	Dependência modificada	AJUDA
	5 Supervisão	
	4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	
3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)		
	Dependência completa	
	2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	
	1 Ajuda total (indivíduo <25%)	
<b>AUTOCAUIDADO</b>		
Alimentação.....		1
Higiene Pessoal.....		1
Banho.....		1
Vestir a metade superior do corpo.....		1
Vestir a metade inferior do corpo.....		1
Utilização da sanita.....		1
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>		
Controlo Vesical.....		4
Controlo Intestinal.....		4
<b>MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA</b>		
Transferência: leito/cadeira; cadeira/leito.....		1
Transferências sanita.....		1
Transferências: banheira; duche.....		1
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
Marcha; Cadeira de rodas.....		1
Escadas.....		1
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Compreensão.....		4
Expressão.....		4
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>		
Interação social.....		3
Resolução de problemas do quotidiano.....		1
Memória.....		3
<b>TOTAL</b>		<b>28</b>

#### **F4) Avaliação do Risco de Queda**

Esta avaliação foi realizada com recurso à **Escala de Morse**, que parametriza os seguintes itens: história de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa, marcha e estado mental. O Sr. C.A. apresentou risco moderado de queda, com um *score* de 35. Com o início do treino de marcha, passou a apresentar **risco elevado de queda**, segundo a Escala de Morse, com um *score* de **55**.

#### **F5) Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão**

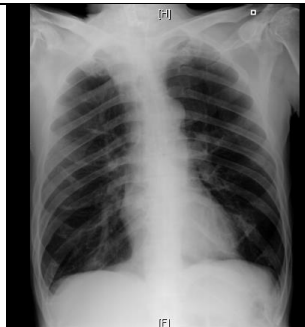
Segundo a avaliação do risco de úlcera de pressão através da **Escala de Braden**, o Sr. C. A., apresenta **moderado risco**, com um *score* total de **14** pontos: apresenta percepção sensorial ligeiramente limitada (3 pontos); pele ocasionalmente húmida (3 pontos); atividade física, acamado (1 ponto); mobilidade, ligeiramente limitada (2 pontos); nutrição adequada (3 pontos); fricção e forças de deslizamento, problema potencial (2 pontos).

## G) PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas Identificados	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p>Alteração da NHF <i>Respirar</i> relacionada com dispneia intensa, tosse ineficaz e broncorreia, manifestada pela presença de ruídos adventícios (roncos) dispersos, e diminuição de murmúrio vesicular nas bases, e intolerância ao esforço.</p>	<p>Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular.</p> <p>Corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar.</p> <p>Assegurar a limpeza e a permeabilidade das vias aéreas.</p> <p>Recuperar a mobilidade costal e diafragmática.</p> <p>Aumentar a expansão pulmonar.</p>	<p>Explicar ao Sr. C.A. todos os procedimentos a ser adotados, a importância dos mesmos e da sua participação.</p> <p>Avaliação subjetiva, baseada na entrevista realizada ao Sr. C.A. e dirigida aos principais sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia e torcaxgia).</p> <p>Avaliação objetiva, baseada no exame físico, através da inspeção estática e dinâmica, e auscultação pulmonar (antes e depois das sessões de RFR).</p> <p>Consultar diariamente os exames complementares de diagnóstico (RX e/ou TAC torácico) e valores analíticos do Sr. C.A.</p>	<p><b>03/10/2014:</b></p> <p>Realizadas técnicas de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posição de relaxamento;</li> <li>- Consciencialização dos tempos respiratórios;</li> <li>- Dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração;</li> <li>- Reeducação diafragmática;</li> <li>- Manobras acessórias: compressões e vibrações torácicas;</li> <li>- Ensino da tosse assistida;</li> <li>- Reeducação costal seletiva (bilateral).</li> </ul> <p>Após sessão o Sr. C.A. mantém padrão respiratório misto, movimentos respiratórios simétricos, ritmo regular e amplitude superficial. Manteve oxigenoterapia por máscara facial a 3</p>

	<p>Fortalecimento da musculatura respiratória.</p> <p>Reestabelecer um padrão respiratório eficaz.</p> <p>Corrigir os defeitos posturais;</p> <p>Reduzir a dispneia e aumentar a capacidade de tolerância ao exercício.</p>	<p>Monitorizar sinais vitais e saturação periférica de O<sub>2</sub>, antes e depois das sessões RFR.</p> <p>Gerir e otimizar a oxigenoterapia.</p> <p>Posicionar a pessoa numa posição de relaxamento e/ou ensinar posições de descanso.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização e controlo da respiração;</li> <li>• Dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados);</li> <li>• Reeducação diafragmática (porções anterior e posterior e hemi-cúpulas esquerda e direita) com ênfase na expiração;</li> <li>• Reeducação costal seletiva bilateral e global com/sem bastão.</li> </ul> <p>Realizar manobras de limpeza das vias aéreas:</p>	<p>l/min, com valores de SpO<sub>2</sub> superiores a 94%, e uma frequência respiratória de 18 ciclos por minuto.</p> <p>À auscultação pulmonar: mantém roncos dispersos, embora mais discretos, sendo mais audível os murmúrios vesiculares nas bases.</p> <p>Mantém reflexo de tosse, mas pouco eficaz. O Sr. C.A. conseguiu expelir secreções amareladas e espessas em escassa quantidade, tendo sido aspiradas secreções em abundante quantidade.</p> <p><b>14/10/2014</b> (após vinda da U. C. Intermédios):</p> <p>AP: audível a presença de ruídos adventícios (roncos) dispersos, e diminuição de murmúrio vesicular nas bases.</p> <p>Visualização RX tórax: infiltrado intersticial bilateral difuso, mais extenso do que o anterior.</p>
--	---	---	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensino da tosse (assistida/dirigida);</li> <li>▪ Drenagem postural modificada;</li> <li>▪ Manobras acessórias: vibrações, compressões torácicas.</li> </ul> <p>Realizar técnicas de reeducação postural com recurso a espelho quadriculado.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios de mobilidade torácica e osteoarticular.</p> <p>Treinar AVD.</p> <p>Integrar um programa de educação para a saúde: autogestão da sua doença (DPOC) e gestão do regime terapêutico; exercícios de reeducação funcional respiratória (controlo da respiração, respiração diafragmática, treino da expiração com lábios semi-cerrados, posições de descanso e relaxamento e auto-drenagem de secreções); importância do exercício físico, e da</p>	 <p><b>Fig. 2:</b> Telerradiografia do tórax do Sr. C.A., a 13/10/2014.</p> <p>Apresenta padrão respiratório misto, ritmo regular, amplitude superficial e uma frequência respiratória de 19 ciclos/minuto. Movimentos respiratórios simétricos, embora o tempo de incursão respiratória seja marcadamente maior na inspiração comparativamente à expiração, ficando o tórax bloqueado na posição inspiratória. Tem oxigenoterapia a 4 l/min por máscara facial, com valores de SpO2 superiores a 95%. Refere dispneia pouco intensa (4), na <i>Escala de Borg Modificada</i>. Reflexo da tosse pouco eficaz, conseguindo mobilizar e expetorar</p>
--	--	--	--

		<p>evicção tabágica; aspetos relacionados com a alimentação; treino do exercício e de técnicas de conservação de energia.</p>	<p>secreções espumosas, esbranquiçadas e semifluidas em reduzida quantidade, sendo necessária aspirações de secreções frequentes. Continuado o Programa de RFR anteriormente descrito, e já iniciado. Durante o programa de RFR, o Sr. C.A. apresentou-se níveis de SpO2. Dada ênfase ao ensino e treino da técnica de expiração com os lábios semicerrados, bem como ao ensino e incentivo à técnica da tosse dirigida. O Sr. C.A. manifesta-se colaborante, embora refira “esquecer-se” de realizar as técnicas ensinadas ao longo do dia. Reforçada a importância do seu papel no seu processo de reabilitação.</p> <p><b>16/10/2014:</b> Continuado o programa anterior. O Sr. C.A. apresenta acessos de tosse eficazes, conseguindo mobilizar e expetorar secreções de características sobreponíveis às anteriores. À AP: murmúrios</p>
--	--	---	--

			<p>vesiculares diminuídos nas bases. Sem oxigenoterapia em curso, durante a sessão de RFR e o banho na cadeira higiênica, apresentando valores de SpO2 superiores a 95%, e uma frequência cardíaca de 87 bat/min em repouso, atingindo um máximo de 108 bat/min no esforço. Realizou treino de exercício (através do ensinamentos ativos-assistidos e resistidos no leito e da marcha) e aconselhamento de algumas técnicas de conservação de energia, e incentivado à sua adoção no domicílio: na fase inspiratória realizar o movimento de extensão da coxofemoral e joelho; e na fase expiratória, fazer o movimento flexão destas estruturas articulares, a fim de facilitar a mecânica diafragmática e o esvaziamento completo do ar dos pulmões. Apresenta tolerância moderada ao esforço. Realizada reeducação postural com recurso a espelho.</p>
--	--	--	---

			<p><b>19/10/2014:</b> Mantém tempo de incursão respiratória superior na inspiração comparativamente à expiração, ficando o tórax bloqueado na posição inspiratória. Reforçada a importância da técnica da expiração com lábios semi-cerrados, que nem sempre é executada pelo Sr. C.A. durante a RFR.</p> <p>Melhoria da tolerância ao esforço, durante o treino de marcha (maior distância percorrida) e no autocuidado de higiene no WC (com maior participação do doente). Fica sem O2 durante todo o turno, com valores de SpO2 superiores a 95% e frequências cardíacas oscilantes entre os 87-105 bat/min. Realizada reeducação postural com recurso a espelho.</p> <p>Ensinos para o domicílio: autogestão da sua doença (DPOC) e gestão do regime terapêutico; exercícios de reeducação funcional respiratória (controlo da respiração, respiração diafragmática,</p>
--	--	--	---

			<p>treino da expiração com lábios semi-cerrados); posições de descanso e relaxamento; auto-drenagem de secreções; importância do exercício físico, e da evicção tabágica; aspetos relacionados com a alimentação; treino do exercício e de técnicas de conservação de energia.</p> <p><b>20/10/2014:</b> Programa de RFR (com integração da abertura costal global com bastão) e treino de AVD (higiene, alimentar-se, transferências e marcha). Melhor tolerância ao esforço pelo Sr. C.A. Integrado programa de educação para a saúde com vista à sua preparação para a alta.</p> <p>Alta Clínica.</p>
<p>Alteração da NHF <i>Comer e Beber</i> relacionada com disfagia ligeira e diminuição da motricidade fina, manifestada por tosse na</p>	<p>Melhorar o tónus muscular e/ou sensibilidade dos músculos envolvidos na mastigação (face, mandíbula e língua).</p>	<p>Avaliar a deglutição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferecer 10 ml de água, três vezes, utilizando uma seringa;</li> </ul>	<p><b>03 a 14/10/2014:</b> Alimentação entérica contínua por SNG pelo risco de aspiração (dispneia, secreções abundantes que não consegue expelir e intolerância ao esforço)</p>

<p>deglutição e dependência completa, com ajuda total, do autocuidado da alimentação (pontuação 1 da MIF)</p>	<p>Aumentar a precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição.</p> <p>Melhorar o controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral.</p> <p>Aumentar a mobilidade laríngea.</p> <p>Melhorar as habilidades motoras, onde se inclui a motricidade fina.</p>	<p>▪ Se o doente for capaz de deglutir, oferecer 50 ml de água num copo pequeno.</p> <p>Classificar o grau de disfagia.</p> <p>Executar técnica de alimentação, em função do grau de disfagia (leve, só para líquidos), consoante a norma vigente na instituição:</p> <p>Iniciar dieta pastosa com a introdução de espessante;</p> <p>Evitar alimentos com pequenas partículas (arroz e massas);</p> <p>Executar manobras posturais facilitadoras da deglutição (flexão cervical anterior e hiperextensão cervical).</p> <p>Vigiar sinais de aspiração (tosse durante a alimentação, sensação de “bolo” na garganta, alteração do padrão respiratório, dispneia, dor torácica durante a alimentação, alteração sons respiratórios, gorgolejo, esforço respiratório,</p>	<p><b>16/10/14:</b> Realizado teste da disfagia, de acordo com norma da instituição. Oferecido 10 ml com uma seringa (repetida 3 vezes), tendo o Sr. C.A. apresentado tosse na deglutição e movimento laríngeo presente.</p> <p>Iniciou dieta pastosa, bem tolerada pelo doente. Sem sinais de aspiração e sem a presença de restos alimentares na cavidade oral, durante e após a refeição. Providenciados os cuidados de higiene oral antes e após a refeição. Elevada a cabeceira na hora seguinte. Treinados exercícios de reeducação da motricidade fina, através do autocuidado da alimentação. O Sr. C. A. manifestou-se inicialmente renitente, alegando “não conseguir”. Após incentivo alimentou-se com ajuda moderada (pontuação 3 da MIF).</p> <p><b>19/10/14:</b> Repetido teste da disfagia, de acordo com norma da instituição. O Sr. C.A. apresentou tosse na deglutição.</p>
---	--	---	---

		<p>saída de saliva pela boca, acumulação de comida na boca, aumento de secreções, regurgitamento nasal, olhos lacrimejantes, rubor facial, tentativa de mexer na garganta e movimentos excessivos da língua).</p> <p>Providenciar cuidados de higiene oral, antes e após a refeição.</p> <p>Aspirar secreções antes da alimentação, se necessário.</p> <p>Posicionar o doente com a cabeceira elevada a 45 graus durante a alimentação.</p> <p>Inspecionar a presença de restos de alimentos na cavidade oral durante e após a refeição.</p> <p>Manter elevação da cabeceira na hora seguinte.</p> <p>Evitar leite e derivados.</p> <p>Providenciar equipamento de aspiração.</p>	<p>Mantida dieta pastosa, e água com espessante: bem tolerada pelo doente. Retirada SNG.</p> <p>Alimenta-se com ajuda mínima (pontuação 4 da MIF). Incentivado à realização de exercícios de reeducação da motricidade fina, que foi realizando.</p> <p><b>20/10/14:</b> Mantém tolerância de dieta pastosa, e água com espessante. Alta Clínica.</p>
--	--	---	---

		<p>Incentivar ao autocuidado da alimentação, estimulando a sua autonomia e independência funcional.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios de reeducação da motricidade fina.</p>	
<p>Alteração da NHF <i>Evitar Perigos:</i></p> <p>➤ <u>Quedas</u>, relacionada com a existência de diagnósticos clínicos secundários, existência de medicação intravenosa e défice da marcha, manifestada por um score 55 (alto risco) na Escala de <i>Morse</i>.</p>	<p>Evitar a ocorrência de quedas.</p>	<p>Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de <i>Morse</i>.</p> <p>Elevar as grades da cama enquanto estiver no leito.</p> <p>Colocar mesa de apoio enquanto o Sr. C.A. permanecer sentado no cadeirão.</p> <p>Eliminar tanto quanto possível as fatores facilitadores da queda, durante o treino da marcha: espaço amplo, com o chão seco e uso de calçado adequado.</p> <p>Identificar as condições da habitação em termos de barreiras arquitetónicas e condições facilitadoras da queda.</p>	<p><b>14/10/2014:</b> A cuidadora reconhece a existência de tapetes como um fator facilitador de quedas, pelo que afirmou eliminar estas barreiras antes do regresso a casa do Sr. C.A. Incentivada a supervisionar o filho na marcha e a adquirir um auxiliar de marcha (andarilho). Reforçada a importância de um calçado adequado para a marcha. A cuidadora demonstra compreender a importância da adoção destas medidas preventivas.</p> <p><b>20/10/2014:</b> Validado junto da cuidadora quanto à adoção de medidas preventivas, as já foram implementadas no domicílio (retirou os tapetes,</p>



<p>➤ <u>Úlceras de Pressão</u>, relacionada com a limitação ligeira da percepção sensorial, pele ocasionalmente húmida, imobilidade no leito, capacidade ligeiramente limitada alterar e controlar a posição do corpo e problema potencial de fricção e forças de deslizamento; manifestada por score 14 (alto risco) na Escala de <i>Braden</i>.</p>	<p>Manter a integridade cutânea; Proteger de contra efeitos adversos das forças externas;</p>	<p>Ensinar acerca de medidas de segurança e serem adotadas pelo Sr. C.A. e cuidadora para a prevenção de quedas no domicílio (evitar o uso de tapetes, chão molhado ou enceramento em excesso).</p> <p>Monitorizar risco de úlcera de pressão, semanalmente e sempre que alteração do estado clínico do Sr. C.A. justifique.</p> <p>Promover uma higiene cuidada que permita manter a pele limpa, seca hidratada e protegida.</p> <p>Massajar com creme hidratante, evitando as proeminências ósseas (contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil);</p>	<p>aquisição de o andarilho e existência de calçado adequado e anti-derrapante).</p> <p><b>03/10/2014:</b> Alternados decúbitos, de 2 em 2 horas com recurso a dispositivos de alívio de pressão (almofadas de conforto). Mantida a pele limpa, seca, e hidratada. Massajado com creme hidratante. Sem sinais de úlcera de pressão. Score 14, na Escala de <i>Braden</i>.</p> <p><b>14 a 20/10/2014:</b> Inicia levante diário para o cadeirão (almofada de gel no assento), por um período inferior a 2 horas. Incentivado à utilização de técnicas de auto-reposicionamento, enquanto a sua permanência no cadeirão. Cumpre apenas quando</p>
---	---	---	---

		<p>Eliminar diferentes fontes de humidade.</p> <p>Alternância de decúbitos (no máximo de 2-2 horas).</p> <p>Utilização de dispositivos de alívios de pressão (almofadas de conforto e almofada de gel para o assento no cadeirão).</p> <p>Ensino e incentivo ao Sr. C.A. a técnicas de autoposicionamento (<i>push up</i> ou lateralização do tronco) a cada 15 minutos, durante a sua permanência sentado no cadeirão.</p> <p>Ensino ao Sr. C.A. e cuidadora acerca das medidas preventivas de UP's e da importância de uma ingestão proteica e da hidratação adequadas.</p>	<p>relembrado, numa fase inicial; e progressivamente, vai interiorizando estas medidas preventivas no seu quotidiano. Integridade da pele mantida e sem sinais de úlcera de pressão. Totaliza um valor de 21 na Escala de <i>Braden</i> (baixo risco). Ensino ao Sr. C.A. e cuidadora acerca a medidas preventivas de UP's face aos quais, ambos se manifestaram recetivos.</p>
Alteração da NHF “ <i>Manter-se limpo</i> ”, relacionado com quadro de tetraparésia, diminuição da motricidade	Promover higiene, conforto e sensação de bem-estar ao Sr. C.A.	<p>Garantir a privacidade.</p> <p>Prestar os cuidados de higiene e conforto.</p>	<b>03/10/2014 - 14/10/2014:</b> Prestados os cuidados de higiene e conforto no leito, com ajuda total, para conservação de

<p> fina e intolerância manifestada por dependência completa, com ajuda total, ao nível dos autocuidados higiene pessoal e banho (pontuação 1 na escala de MIF).</p>	<p>Reforçar sentimentos de autoestima e melhorar a autoimagem.</p> <p>Promover a reinserção socio familiar.</p> <p>Promover a máxima independência funcional e desempenho seguro nas atividades de autocuidado de higiene pessoal e banho.</p> <p>Melhorar as habilidades motoras, onde se inclui a motricidade fina.</p>	<p>Incluir oportunidades de participação, consoante a capacidade funcional do Sr. C.A., nos autocuidados higiene pessoal e banho cama.</p> <p>Solicitar à cuidadora para trazer os produtos de higiene pessoal do Sr. C.A.</p> <p>Proporcionar a possibilidade do Sr. C.A. se ver ao espelho, caso seja este o seu desejo.</p> <p>Realizar massagem de conforto e alívio de pressão e estimulação sensorial.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios de reeducação da motricidade fina.</p>	<p>energia (Dispneia e pouca tolerância ao esforço). Pontuação 1 segundo a MIF.</p> <p><b>16/10/2014:</b> Prestados os cuidados de higiene e conforto no leito, com ajuda máxima. Moderada tolerância ao esforço. Pontuação 2 segundo a MIF.</p> <p><b>19 e 20/10/2014:</b> Prestados cuidados de higiene WC em cadeira higiénica, com ajuda máxima. Incentivado à sua máxima participação, que recebe com alguma renitência inicial por julgar não ser capaz. Reforçada positivamente a sua participação. Mantém pontuação 2 segundo a MIF. Proporcionada a possibilidade de se ver ao espelho, com agrado do Sr. C.A. tendo esboçado um sorriso espontâneo. Tolerância ao esforço moderada durante o treino desta AVD.</p> <p>Verifica-se um aumento da independência funcional do Sr. C.A.</p>
--	---	---	---

			para este autocuidado, traduzida na MIF e uma melhoria da motricidade fina.
<p>Alteração da NHF “<i>Vestir e despir</i>”, relacionada com quadro de tetraparésia e diminuição da motricidade motora fina, manifestada por dependência completa, com ajuda total, ao nível dos autocuidados: vestir metade superior/vestir metade inferior (pontuação 1 na escala de MIF).</p>	<p>Reforçar sentimentos de autoestima e melhorar a autoimagem.</p> <p>Promover a reinserção socio familiar.</p> <p>Promover a máxima independência funcional e desempenho seguro nas atividades de autocuidado de vestir.</p> <p>Melhorar as habilidades motoras, onde se inclui a motricidade fina.</p>	<p>Prestar os cuidados de higiene e conforto.</p> <p>Solicitar à cuidadora para trazer vestuário do doente, e calçado adequado para a marcha (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas).</p> <p>Incluir oportunidades de participação, consoante a capacidade funcional do Sr. C.A., no autocuidado de vestir.</p> <p>Proporcionar a possibilidade do Sr. C.A. se ver ao espelho, caso seja este o seu desejo.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios de reeducação da motricidade fina.</p>	<p><b>03/10/2014 - 14/10/2014:</b> O autocuidado do vestir fora assegurado com ajuda total para conservação de energia (Dispneia e pouca tolerância ao esforço). Pontuação 1 segundo a MIF.</p> <p><b>16/10/2014:</b> Necessitou de ajuda total no vestir a metade inferior do corpo (pontuação 1 segundo a MIF) e de ajuda máxima no vestir a metade superior (pontuação 2 da MIF). Moderada tolerância ao esforço.</p> <p><b>19 e 20/10/2014:</b> Incentivado à sua máxima participação, que recebe com alguma renitência inicial por julgar não ser capaz. Reforçada positivamente a sua participação. Atualmente necessita de ajuda moderada no vestir da metade superior do corpo (pontuação 3 na</p>

			escala de MIF) e de ajuda máxima na metade inferior do corpo (pontuação 3 na MIF). Tolerância ao esforço moderada durante o treino desta AVD. Verifica-se um aumento da independência funcional do Sr. C.A. para este autocuidado, traduzida na MIF e uma melhoria da motricidade fina.
Alteração da NHF de “ <i>se mover e manter uma boa postura</i> ”, relacionada com quadro de tetraparésia (grau 2/5 e 3/5, nos membros inferiores e grau 4/5 nos membros superiores), falta de equilíbrio de pé estático, manifestada por dependência completa, com ajuda total, ao nível da locomoção (pontuação 1 na MIF)	<p>Manter a integridade das estruturas articulares.</p> <p>Manter e recuperar a amplitude dos movimentos.</p> <p>Conservar a flexibilidade.</p> <p>Melhorar a circulação de retorno.</p> <p>Reeducar a imagem psico-sensorial e psicomotora da pessoa.</p>	<p>Explicar ao Sr. C.A. acerca da importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer.</p> <p>Pedir a colaboração do Sr. C.A., com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação.</p> <p>Proporcionar, se possível, um ambiente calmo, e isento de ruído.</p> <p>Executar mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais.</p>	<p><b>03/10/2014:</b></p> <p>Executadas mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais, no leito. Sem indicação para o levante. Dispneico e com pouca tolerância ao esforço.</p> <p><b>14/10/2014:</b> Executadas mobilizações osteoarticulares passivas, repetidas 10 vezes em cada movimento (do segmento distal para o proximal e em todos os segmentos corporais). Ensino, instrução e treino de mobilizações osteoarticulares: ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, repetidas 3</p>

	<p>Preparar o Sr. C.A. para a posição sentado e ortostática;</p> <p>Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé;</p> <p>Aumentar a força muscular;</p> <p>Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade;</p> <p>Prevenir a instalação de espasticidade e suas complicações;</p> <p>Reeducar o mecanismo reflexo-postural;</p> <p>Corrigir defeitos posturais.</p> <p>Melhorar progressivamente a tolerância ao esforço.</p>	<p>Ensinar, instruir e treinar acerca do programa de mobilizações osteoarticulares: ativas assistidas, ativas e ativas resistidas.</p> <p>Avaliar a motricidade: força muscular, tônus muscular e coordenação motora, com recurso a instrumentos de avaliação.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios de equilíbrio (estático/dinâmico) sentado e pé.</p> <p>Ensinar, incentivar e treinar exercícios isométricos e isocinéticos (no leito, na posição sentada e ortostática).</p> <p>Realizar técnicas de reeducação postural com recurso a espelho quadriculado.</p> <p>Executar levante e técnicas de transferência, incentivando a colaboração do doente.</p> <p>Iniciar do treino de marcha, por curtas distâncias que devem ser</p>	<p>vezes em cada movimento, respeitando a tolerância do doente (referia já cansaço). Apresenta tônus muscular normal, e diminuição da força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grau 2/5 no membro inferior esquerdo proximal;</li> <li>- grau 3/5 no membro inferior esquerdo distal e no membro inferior direito;</li> <li>- grau 4/5 em ambos os membros superiores.</li> </ul> <p>Sentado à beira da cama ajuda total (pontuação 1 na MIF), tendo o Sr. C.A referido algumas tonturas. Executado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado, ambos eficazes. Realizados exercícios de reeducação postural com recurso a espelho. Transferido para o cadeirão com ajuda completa (pontuação 1 na MIF). Regressou ao leito a pedido do doente passada uma hora. Incentivado à realização de exercícios isométricos no leito, que foi cumprindo.</p>
--	--	--	--

		<p>aumentadas, conforme a tolerância progressiva ao esforço.</p>	<p><b>16/10/2014:</b> Continuado o programa de RFM já iniciado anteriormente, dado maior ênfase às mobilizações osteoarticulares ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas. Houve um aumento da força muscular do membro inferior esquerdo ao nível do segmento distal, apresentando um grau de 3/5. Realizado treino de equilíbrio de pé estático, sendo ineficaz. Iniciado o treino de marcha por uma curta distância (cerca de 3 metros) com tolerância moderada do Sr. C.A.</p> <p><b>19/10/2014:</b> Continuado o programa de RFM já instituído até ao momento. Integradas novas atividades: a realização de exercícios isotônicos de pé. Mantém o quadro de força muscular descrito a 16/10/2014. Melhoria do equilíbrio estático de pé e da qualidade da marcha (menor instabilidade do tronco e membros inferiores e deixa de dirigir o olhar para o chão, assumindo</p>
--	--	--	--

			<p>uma posição mais ereta). Recuperação da independência funcional na marcha, sendo ainda dependente, mas com ajuda máxima (pontuação 2 na MIF)</p> <p>Aumento da distância percorrida, com maior tolerância ao esforço (cerca de 4 metros).</p> <p><b>20/10/2014:</b> Continuado programa de RFM. Recuperação da independência funcional na marcha deste a última sessão. Dependente, mas com ajuda moderada (pontuação 3 na MIF). Distância percorrida de 6 metros com tolerância moderada ao esforço do Sr. C.A.</p>
<p>Alteração da NHF “Aprender” relacionada com a ansiedade e quadro depressivo, manifestado por períodos de labilidade emocional, discurso</p>	<p>Diminuir a ansiedade e quadro depressivo.</p> <p>Reforçar sentimentos positivos de autoeficácia, autoconceito e autoimagem.</p>	<p>Proporcionar ambiente terapêutico e relaxado.</p> <p>Estabelecer uma relação de confiança e segurança.</p> <p>Promover o humor saudável.</p>	<p>Com a implementação das atividades planeadas, o Sr. C.A. revelou uma progressiva e positiva alteração da percepção da sua situação clínica - mais otimista no final internamento –</p>



<p>negativista face à sua condição e de comportamentos passivos durante o programa de Enfermagem de Reabilitação.</p>	<p>Promover o desenvolvimento de comportamentos adaptativos à sua condição.</p> <p>Promover a sua reinserção socio familiar.</p>	<p>Reforçar positivamente os esforços e as conquistas diárias do Sr. C.A;</p> <p>Incentivar o Sr. C.A. a iniciar do difícil processo de pensar em alternativas e a pensar-se.</p> <p>Explicar a importância do programa de reabilitação sensório- motor e respiratório, e prévia explicação de como vai decorrer.</p> <p>Incentivar a sua máxima participação no planeamento e realização de atividades.</p> <p>Incentivar a recorrer na sua vida quotidiana ao seu suporte familiar (mãe e filhos) e amigos.</p>	<p>assumindo uma postura mais ativa no seu processo de reabilitação.</p> <p>Embora mantivesse alguns períodos de labilidade emocional, a promoção do humor saudável revelou-se benéfica, tendo o Sr. C.A. esboçado sorrisos em diversas situações e tendo ele próprio provocado situações de humor.</p>
---	--	---	---

**Apêndice VI:** Processo de ER dirigido ao Sr. F.G.

### **C) DADOS PESSOAIS**

Sr. F.G. de 90 anos de idade, residente na [REDACTED] com a esposa e filha.

### **D) HISTÓRIA SÓCIO-FAMILIAR**

O Sr. F.G. coabita com a esposa de 87 anos, também reformada, e sua filha de 63 anos, profissionalmente ativa e que assume cumulativamente o papel de cuidadora principal do casal. Este agregado familiar reside numa moradia de primeiro andar com saneamento básico, instalação elétrica e bem climatizada, sendo as principais barreiras arquitetónicas identificadas a presença de tapetes soltos e um lanço de dez degraus exteriores à casa, sendo o único acesso ao primeiro andar, onde se localiza o quarto do Sr. F.G.

Refere saber ler e escrever, tendo estudado até ao 1º ciclo. Grande parte da sua atividade profissional foi exercida numa fábrica de cortiça, onde esteve exposto à inalação de pó e fumo. Reformado desde os seus 63 anos.

Anteriormente ao agravamento do seu estado clínico, em agosto de 2014, ocupava o seu tempo, lendo o jornal e vendo televisão, cuidando de uma horta, indo às compras e ao café a 100 metros da sua casa. Atualmente tem restringido a sua permanência em casa, principalmente nos dias mais frios e chuvosos, para evitar o agravamento da sua situação clínica. Há cerca de duas semanas por apresentar maior cansaço durante a marcha, a distâncias cada vez mais curtas, tem-se confinado apenas ao quarto, onde tem realizado grande parte das suas Atividades de Vida Diária (AVD), entre as quais, a alimentação e a eliminação, permanecendo grande parte do seu dia em decúbito, uma vez que considera que deve “dar descanso ao corpo para curar esta falta de ar” (sic).

### **E) HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL**

O Sr. F.G. foi admitido na ECCI a 14/10/2014 por referência do hospital onde estivera internado com o diagnóstico de bronquiectasias de distribuição difusa e bilateral. Referenciado pela necessidade de reabilitação funcional respiratória e supervisão na gestão do regime terapêutico. À data de admissão apresentava-se orientado auto e alopsiquicamente, sendo independente na realização das suas AVD.

Do ponto de vista respiratório apresentava quadro de dispneia a médios esforços e expectoração mucosa. À auscultação pulmonar (AP) apresentava fervores e roncos ao nível dos lobos médio e basal direitos. Desde então não houve registo de novos internamentos.

## **D) HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA**

O Sr. F.G. tem como antecedentes pessoais: bronquiectasias com impactação mucóide, atelectasias, insuficiência respiratória parcial aguda, Hipertensão Arterial, Status pós colocação de *pacemaker* (2011), ICC classe II NYHA, DPOC há 7 anos, hipotireoidismo e status pós intervenção cirúrgica prostática. Ex-fumador 40 UMA. Hábitos alcoólicos marcados no passado.

É seguido em consulta de Pneumologia, com registo de vários internamentos por atelectasias de vários lobos pulmonares por impactação de secreções, tendo sido o último a 17/09/2014 por agravamento da tosse com expectoração mucopurulenta e dispneia. Realizou TAC torácico que *“evidenciou bronquiectasias cilíndricas com distribuição difusa e bilateral, espessamento concêntrico e difuso da árvore brônquica com impactação mucóide envolvendo os brônquios lobar médio e inferior direito, bem como praticamente todos os brônquios segmentares dos lobos inferiores”*. Durante o internamento, e por agravamento do quadro clínico, foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios ao 4º dia, tendo também realizado três broncofibroscopias para *toilette* brônquica e programa de Reabilitação Funcional Respiratória. Alta a 10/10/2014, e proposto para a ECCL.

**Terapêutica habitual:** Carvedilol 6.25 mg/dia, Furosemida 20 mg/dia, Clopidogrel 75mg/dia, Atorvastatina 20mg/dia, Levotiroxina 50mg/dia, Serataide 50/250 inalador pressurizado (1 inalação 12/12h), Spiriva (1 inalação/dia), Fluimucil 1cp/dia.

## **E) AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE RISCOS**

### **E1) Avaliação Mental e Psicológica**

Nas várias visitas domiciliares, o Sr. F.G., tem-se apresentado consciente e orientado no tempo e no espaço, aparentemente calmo, bastante colaborante e muito recetivo com os profissionais e com o Programa de Enfermagem Reabilitação Funcional com ele negociado, ao apresentar um discurso positivista face à sua condição e ao seu processo de reabilitação

## E2) Avaliação Funcional Respiratória

O Sr. F. G. apresenta padrão respiratório de movimento misto de predomínio torácico, simétrico, ritmo irregular e amplitude superficial. Apresenta saturações periférica de oxigénio oscilantes entre os 90- 93%, e com frequência respiratória cerca de 19 ciclos por minuto.

Do ponto de vista da sintomatologia apresenta tosse essencialmente matinal, de carácter crónico, e produtiva expelindo secreções de características mucosa (tipo “clara de ovo”) em abundante quantidade, e purulenta (coloração amarelada e espessa) que expele apenas durante as sessões de RFR e em escassa quantidade.

A dispneia usual referida pelo Sr. F.G. pode ser classificada como sendo dispneia de esforço, uma vez que surge e/ou agrava-se com a atividade, mas sem evidência de sinais de dessaturação significativa ao esforço. Para a avaliação deste sintoma e seus efeitos sobre o desempenho das Atividades de Vida Diária, recorreu-se aos seguintes instrumentos de avaliação: Questionário de Dispneia (MRCDQ) (ver **Quadro I**) e à Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LACDL) (ver **Quadro II**).

**Quadro I:** Questionário de Dispneia (*Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*)

<b>GRAU 1</b> <b>Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.</b> “ Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.	
<b>GRAU 2</b> <b>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.</b> “ Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.	
<b>GRAU 3</b> <b>Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.</b> “ Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.	
<b>GRAU 4</b>	

<b>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.</b> “Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.	X
<b>GRAU 5</b> <b>Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.</b> “Estou sem fôlego para sair de casa”.	

**Quadro II:** Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LACDL)

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxaguar-se	1	Fazer a cama	0
Vestir a parte superior do tronco	1	Mudar o lençol da cama	0
Calçar sapatos/meias	1	Lavar janelas/cortinas	0
Lavar a cabeça	1	Limpeza/ Limpar o pó	0
		Lavar a louça	0
<b>Lazer</b>		Utilizar o aspirador/varrer	0
Andar em casa	3	<b>Atividade física</b>	
Sair socialmente	3	Subir escadas	3
Falar	1	Inclinar-se	1
<p><b>0:</b> Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)</p> <p><b>1:</b> Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)</p> <p><b>2:</b> Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)</p> <p><b>3:</b> Eu fico com muita falta de ar (se a atividade lhe causa muita falta de ar)</p> <p><b>4:</b> Eu não posso mais fazer isso (se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)</p> <p><b>5:</b> Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)</p>			

À auscultação pulmonar realizada foi audível a presença de ruídos adventícios (sibilos) nos lobos médios e bases, e diminuição de murmúrio vesicular nas bases.

### E3) Avaliação de Independência funcional

Quadro III: Índice de Barthel

ATIVIDADES	Pontuação
<b>1. Alimentação</b> Independente (a comida é providenciada).....10 Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.....5 Dependente.....0	10
<b>2. Transferências</b> Independente.....15 Precisa de alguma ajuda.....10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....5 Dependente, não tem equilíbrio sentado.....0	15
<b>3. Higiene Pessoal</b> Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo.....5 Necessita de ajuda com o cuidado pessoal.....0	5
<b>4. Uso do Sanitário</b> Independente.....10 Necessita de ajuda.....5 Dependente.....0	10
<b>5. Banho</b> Independente (entre e sai do duche ou banheira sem ajuda).....5 Dependente.....0	5
<b>6. Mobilidade (deambulação)</b> Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão.....15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....10 Independente, em cadeira-de-rodas, pelo menos 50 metros.....5 Imobilizado.....0	15
<b>7. Subir e descer escadas</b> Independente, com ou sem ajudas técnicas.....10	

Necessita de ajuda ou supervisão.....5	10
Incapaz.....0	
<b>8. Vestir</b>	10
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).....10	
Necessita de ajuda.....5	
Dependente.....0	
<b>9. Controlo intestinal</b>	10
Continente (não apresenta episódios de incontinência).....10	
Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana).....5	
Incontinente ou necessita do uso de clisteres.....0	
<b>10. Controlo Urinário</b>	10
Continente (por mais de 7 dias).....10	
Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma por semana).....5	
Incontinente.....0	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Segundo o Índice de Barthel, o Sr. F.G. é independente nas AVD.

**Quadro IV:** Escala de *Lawton e Brody* adaptada (Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária)

<b>ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1. Capacidade para usar o telefone</b>	
Utiliza o telefone por iniciativa própria, marca os números, etc (1)	<b>1</b>
Marca alguns números que conhece bem (1)	
Atende o telefone mas não marca números (1)	
Não usa o telefone (0)	
<b>2. Fazer compras</b>	
Faz as compras que necessita sozinho (1)	
Só faz, independentemente, pequenas compras (0)	<b>1</b>
Necessita de ser acompanhado para qualquer compra (0)	
Incapaz de fazer compras (0)	
<b>3. Preparar refeições</b>	
Planeia, prepara, e serve refeições adequadas, sozinho (1)	<b>1</b>



Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários (0)	
Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada (0)	
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições (0)	
<b>4. Lavar a roupa</b>	
Lava toda a roupa (1)	
Lava pequenas peças de roupa (1)	<b>1</b>
É incapaz de lavar a sua roupa (0)	
<b>5. Modo de transporte</b>	
Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria (1)	<b>1</b>
Não usa transportes públicos, exceto táxi (1)	
Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado (1)	
Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro (0)	
Incapaz de se deslocar (0)	
<b>6. Responsabilidade pela própria medicação</b>	
Toma a medicação nas doses e horas corretas (1)	<b>1</b>
Toma a medicação se preparada e separada por outros (0)	
É incapaz de tomar a medicação (0)	
<b>7. Capacidade para lidar com o dinheiro</b>	
Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda (1)	<b>1</b>
Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores (1)	
Incapaz de lidar com o dinheiro (0)	
<b>8. Cuidar da casa</b>	
Cuida da casa sozinho ou com ajuda ocasional (1)	
Realiza tarefas domésticas diárias como lavar a louça ou fazer a cama (1)	
Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza (1)	
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas (1)	<b>1</b>
Não participa em nenhuma tarefa doméstica (0)	
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

Máxima dependência= 0 pontos Dependência de terceiros= 4 pontos Independência total= 8 pontos
---

O Sr. F.G é igualmente independente nas AIVD.

#### E4) Avaliação do Risco de Queda

Esta avaliação foi realizada com recurso à **Escala de Morse**, que parametriza os seguintes itens: história de quedas nos 3 meses (0), diagnóstico secundário (15), auxílio na deambulação (0), terapia endovenosa (0), marcha com desequilíbrio fácil (30) e estado mental (0). O Sr. F.G. apresenta **médio risco de queda** (score total de 45 pontos). No entanto, foram identificados outros fatores de risco de quedas ambientais, tais como: desenho arquitetónico inadequado (moradia de primeiro andar, cujo acesso é feito através de escadas exteriores), ausência de corrimão bilateral nas escadas, existência de tapetes soltos, iluminação insuficiente em todas as divisões da escada e área de chuveiro sem tapete antiderrapante e barras de apoio.

#### E5) Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

Segundo a avaliação do risco de úlcera de pressão através da **Escala de Braden**, o Sr. F. G., apresenta **baixo risco**, com um score total de **22** pontos: nenhuma limitação na perceção sensorial (4 pontos); pele raramente húmida (4 pontos); atividade física, anda ocasionalmente (3 pontos); nenhuma limitação na mobilidade (4 pontos); nutrição adequada (3 pontos); e nenhum problema na fricção e forças de deslizamento (3 pontos).

#### E6) Avaliação da sobrecarga do cuidador

##### Quadro III: Avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele (a) realmente precisa?	X				

2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio (a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?	X				
3. Sente-se em “stress” por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?			X		
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?	X				
5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?	X				
6. Acha que o seu familiar está presentemente a afetar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?	X				
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?			X		
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?	X				
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?	X				
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?		X			
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?	X				
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por causa de estar a cuidar do seu familiar?	X				
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?	X				
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?	X				
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?	X				
16. Acha que não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	X				
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?	X				
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?	X				
19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?	X				

20. Acha que deveria estar a fazer mais pelo seu familiar?	X				
21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado por estar a cuidar do seu familiar?	X				

## F) PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas Identificados	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<b>07/01/2015:</b> Alteração da NHF <i>Respirar</i> relacionada com dispneia de esforço (grau 4), tosse ineficaz e broncorreia, manifestada pela presença de ruídos adventícios (sibilos) e diminuição de murmúrio vesicular nas bases, e intolerância ao esforço.	<p>Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular.</p> <p>Corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar.</p> <p>Assegurar a limpeza e a permeabilidade das vias aéreas.</p> <p>Recuperar a mobilidade costal e diafragmática.</p> <p>Aumentar a expansão pulmonar.</p>	<p>Explicar ao Sr. F.G. e sua cuidadora todos os procedimentos a ser adotados, a importância dos mesmos e da sua participação.</p> <p>Avaliação subjetiva - baseada na entrevista realizada ao Sr. F.G. e sua cuidadora principal - dirigida aos principais sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia e torocalgia).</p> <p>Avaliação objetiva, baseada no exame físico, auscultação pulmonar (antes e depois das sessões de RFR) e instrumentos de avaliação.</p>	<b>07/01/2015</b> Realizadas técnicas de RFR: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posição de relaxamento;</li> <li>▪ Consciencialização dos tempos respiratórios;</li> <li>▪ Dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração;</li> <li>▪ Reeducação diafragmática;</li> <li>▪ Drenagem postural modificada;</li> <li>▪ Manobras acessórias: compressões, percussões e vibrações torácicas;</li> <li>▪ Ensino da tosse dirigida e assistida;</li> <li>▪ Ensino, incentivo e treino do uso correto do dispositivo de ajuda – <i>flutter</i>;</li> <li>▪ Reeducação costal seletiva (bilateral);</li> <li>▪ Ensino, treino e incentivo da reeducação costal global com bastão;</li> </ul>

	<p>Fortalecer a musculatura respiratória.</p> <p>Reestabelecer um padrão respiratório eficaz.</p> <p>Corrigir os defeitos posturais.</p> <p>Reduzir a dispneia e aumentar a capacidade de tolerância ao esforço.</p> <p>Melhorar a capacidade funcional na realização das AVD.</p> <p>Diminuir as exacerbações do seu estado clínico.</p> <p>Diminuir o número de internamentos.</p>	<p>Consultar os exames complementares de diagnóstico (RX e/ou TAC torácico) e valores analíticos do Sr. F.G.</p> <p>Monitorizar sinais vitais e saturação periférica de O<sub>2</sub>, antes e depois das sessões RFR.</p> <p>Posicionar a pessoa numa posição de relaxamento e/ou ensinar posições de descanso.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização e controlo da respiração;</li> <li>• Dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados);</li> <li>• Reeducação diafragmática (porções anterior e posterior e hemi-cúpulas esquerda e direita) com ênfase na expiração;</li> </ul>	<p>▪ Ensino e treino da técnica inalatória.</p> <p>Após a sessão, o Sr. F.G. mantém padrão respiratório misto, movimentos respiratórios simétricos, ritmo regular e amplitude mais profunda. Valores de SpO<sub>2</sub> superiores a 90%, e uma frequência respiratória de 16 ciclos por minuto.</p> <p>À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido, e mais audível nas bases, não sendo audíveis ruídos adventícios.</p> <p>Apresenta acessos de tosse mais eficazes, tendo expelido no decorrer da sessão de RFR secreções mucosas em abundante quantidade e secreções amareladas e espessas em escassa quantidade.</p> <p>O Sr. F.G. refere apresentar maior cansaço fácil a pequenos esforços desde há duas semanas, nomeadamente, durante a marcha de curtas distâncias pela casa, referindo</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação costal seletiva bilateral e global com/sem bastão.</li> </ul> <p>Realizar manobras de limpeza das vias aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensino da tosse (assistida/dirigida);</li> <li>▪ Drenagem postural modificada;</li> <li>▪ Manobras acessórias: vibrações, compressões torácicas;</li> <li>▪ Ensino da técnica de dispositivos de ajuda – <i>flutter</i>.</li> </ul> <p>Realizar técnicas de reeducação postural com recurso ao espelho.</p> <p>Integrar um programa de educação para a saúde dirigido ao Sr. F.G. e cuidadora principal: autogestão da sua doença e gestão do regime terapêutico; exercícios de reeducação funcional respiratória (controlo da respiração, respiração diafragmática, treino da expiração</p>	<p>permanecer mais tempo recolhido ao leito. Aplicada a escala LCADL, tendo o Sr. F.G. apontado como atividades que lhe causam muita falta de ar, as seguintes: “andar em casa”, “sair socialmente” e “subir escadas”. As outras AVD são fáceis para si e não lhe desencadeiam “falta de ar”.</p> <p><b>12/01/2015</b></p> <p>AP: audível a presença de ruídos adventícios (sibilos) e diminuição de murmúrio vesicular nas bases.</p> <p>Apresenta padrão respiratório misto, ritmo regular, amplitude superficial e uma frequência respiratória de 17 ciclos/minuto. Movimentos respiratórios simétricos, embora o tempo de incursão respiratória seja marcadamente maior na inspiração comparativamente à expiração, ficando o tórax bloqueado na posição inspiratória. Valores de SpO2 superiores a 90%.</p>
--	--	--	--

		<p>com lábios semi-cerrados, posições de descanso e relaxamento e auto-drenagem de secreções); importância do exercício físico; otimização da terapêutica inalatória e técnica inalatória correta.</p>	<p>Reflexo da tosse pouco eficaz, conseguindo mobilizar e expetorar secreções espumosas, esbranquiçadas e semifluidas em moderada quantidade. Continuado o Programa de RFR anteriormente descrito, e já iniciado. Dada ênfase à dissociação dos tempos respiratórios, e ao ensino e treino da técnica de expiração com os lábios semicerrados, bem como ao ensino e incentivo à técnica da tosse dirigida. O Sr. F.G. manifesta-se colaborante e recetivo, mas demonstra ainda dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios, na consciencialização do padrão ventilatório diafragmático e no uso do dispositivo de ajuda (<i>flutter</i>).</p> <p><b>14/01/2015</b></p> <p>Continuado o programa anterior. O Sr. F.G. apresenta acessos de tosse irritativa. Reforçado o ensino da técnica de tosse assistida, tendo posteriormente conseguido melhor</p>
--	--	--	--



			<p>expetorar secreções de características sobreponíveis às das sessões anteriores. À AP: murmúrios vesiculares marcadamente diminuídos (quase abolido) nas bases e presença de sibilos dispersos em ambos os hemitórax. No final da sessão de RFR apresentou melhoria à AP: murmúrios vesiculares mais audíveis (mas ainda diminuídos) e não foram audíveis quaisquer murmúrios adventícios.</p> <p><b>16/01/2015</b></p> <p>Mantém tempo de incursão respiratória superior na inspiração comparativamente à expiração, ficando o tórax bloqueado na posição inspiratória. Reforçada a importância de uma correta dissociação dos tempos respiratórios e da técnica da expiração com lábios semicerrados, que nem sempre fora executada pelo Sr. F.G. durante a RFR.</p>
--	--	--	--

			<p>AP: murmúrio vesicular mantido com presença de discretos sibilos nas bases, que se extinguiram no final da sessão de RFR. Valores de SpO2=90%</p> <p>De acordo com a cuidadora, o Sr. F.G. tem permanecido grande parte dos seus dias em repouso no leito, onde tem desenvolvido alguma das suas AVD, nomeadamente, a alimentação e uso de sanitário. As informações transmitidas foram confirmadas pelo Sr. F.G, que justificou a diminuição da sua atividade física, pela sua menor tolerância ao esforço e pela sua falsa crença de que o repouso seria benéfico para a sua condição clínica. Reforçados ensinamentos relativos à importância da atividade física e de técnicas de conservação de energia, face aos quais o utente se demonstrou recetivo, assumindo o compromisso de reintegrar a atividade física no seu quotidiano, e de acordo,</p>
--	--	--	---

			<p>com a sua tolerância. Incentivado à realização da reeducação costal global com bastão ao longo do dia.</p> <p><b>19/01/2015:</b></p> <p>Padrão respiratória e AP sobreponível à sessão anterior. Validado com o utente e cuidadora acerca da sua adesão ao plano de repouso e atividade física, (conforme tolerância), a qual foi positiva.</p>
<p><b>07/01/2015:</b></p> <p>Risco de Alteração da NHF <i>Comer e Beber</i> relacionada com a presença dos seguintes fatores - dispneia de esforço, tosse crónica, perdas de líquidos e proteínas através das secreções abundantes e hipermetabolismo decorrente de um aumento</p>	<p>Promover a adesão ao um plano nutricional adequado.</p> <p>Prevenir a desnutrição e desidratação.</p> <p>Promover uma ingestão hídrica e de alimentos adequada.</p> <p>Aumentar a tolerância ao esforço durante a ingestão alimentar.</p>	<p>Explicar ao Sr. F.G. e sua cuidadora a importância da adesão a plano nutricional adequado e monitorização do peso corporal.</p> <p>Integrar um plano de educação para a saúde que contemple aspetos relacionados com a alimentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieta polifracionada (5-6 refeições/dia) para evitar a dispneia e a fadiga;</li> </ul>	<p><b>16/01/2015:</b></p> <p>O Sr. F.G. e sua cuidadora descrevem um plano nutricional adequado: dieta polifracionada (5-6 refeições/dia), com presença de alimentos ricos em proteínas em pelo menos 3 refeições, fibras e frutas.</p> <p>Sem sinais de desidratação e/ou desnutrição.</p> <p>IMC= <math>56/1,65^2=20,56</math> kg/m<sup>2</sup></p>

<p>do trabalho dos músculos respiratórios – condicionando uma ingestão hídrica e de alimentos inadequadas, podendo vir a ser manifestadas por desnutrição e desidratação.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cada refeição deve ser ingerida devagar e em pequenas quantidades;</li> <li>▪ Ingerir, em primeiro lugar, os alimentos com maior densidade energética (em caso de anorexia);</li> <li>▪ Ingerir líquidos no intervalo das refeições (diminuição da viscosidade das secreções, fluidificando-as, facilitando a sua expulsão);</li> <li>▪ Incentivar a comer frutas e legumes, cereais/fibras (evitar a obstipação);</li> <li>▪ Ingerir algum peixe/carne (fonte de proteínas).</li> </ul> <p>Incentivar a realização de uma higiene brônquica e higienização oral antes das refeições (por um lado, a diminuição da presença de secreções diminuindo a dispneia e o cansaço, e por outro lado, melhora o paladar).</p>	
---	--	--	--

		<p>Vigiar sinais de desnutrição e desidratação.</p> <p>Monitorizar o Índice de Massa Corporal (IMC).</p>	
<p><b>07/01/2015:</b></p> <p>Alteração da NHF <i>Evitar Perigos:</i></p> <p>➤ <u>Descondicionamento físico e isolamento social</u>, relacionado com a dispneia grau 4 e a falsa crença de que “deve dar descanso ao corpo”, manifestado pela privação da atividade física;</p>	<p>Aumentar o conhecimento do Sr. F.G. acerca da sua doença e sua autogestão.</p> <p>Aumentar o conhecimento da cuidadora acerca da intervenção adequada a adotar em cada momento.</p> <p>Aumentar o conhecimento do Sr. F.G. e sua cuidadora acerca de algumas técnicas de conservação de energia durante a realização das AVD.</p> <p>Desmistificar falsas crenças e outras que sejam limitadoras.</p>	<p>Explicar ao Sr. F.G. e à sua filha a importância da atividade física e os riscos associados à privação da mesma.</p> <p>Ensinar ao Sr. F.G. e sua cuidadora alguns exemplos de técnicas de conservação de energia durante a realização das AVD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomar banho sentado num banco;</li> <li>▪ Calçar e descalçar sentado;</li> <li>▪ Fazer higiene matinal sentado (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se)</li> <li>▪ Usar sapatos sem atacadores;</li> <li>▪ Dividir o tempo para a realização de tarefas;</li> </ul>	<p><b>07/01/2015:</b></p> <p>Realizados ensinamentos ao utente e CF acerca da sua doença e os riscos associados à inatividade física. Ambos se demonstraram receptivos aos ensinamentos realizados, tendo o Sr. F.G. assumido o compromisso de reintegrar a atividade física no seu quotidiano, e de acordo, com a sua tolerância. Reforçado que esta reintegração deve ser progressiva, e que deverá dividir o tempo na realização das tarefas e não ter pressa na realização das mesmas.</p> <p><b>12/01/2015:</b></p> <p>O Sr. F.G. refere permanecer menos tempo recolhido no leito, realizando períodos curtos de marcha dentro de</p>

<p>➤ <u>Risco de Sobrecarga do cuidador familiar (CF)</u></p>	<p>Romper o ciclo vicioso da inatividade.</p> <p>Prevenir a dependência funcional.</p> <p>Melhorar a capacidade para a atividade física e qualidade de vida.</p> <p>Prevenir o isolamento social</p> <p>Promover o bem-estar e uma atitude positiva na vivência do papel de cuidadora familiar.</p> <p>Evitar a sobrecarga física, emocional e social.</p> <p>Capacitar a CF para o exercício do seu papel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização de tarefas;</li> <li>▪ Subir escadas: na fase inspiratória realizar o movimento de extensão da coxofemoral e joelho; e na fase expiratória, fazer o movimento flexão destas estruturas articulares (facilita a mecânica diafragmática e o esvaziamento completo do ar dos pulmões).</li> </ul> <p>Proporcionar momentos de diálogo num ambiente calmo e privado, para que a cuidadora familiar tenha oportunidade de expressar os seus pensamentos, sentimentos, dúvidas e preocupações.</p> <p>Fornecer suporte nas dificuldades apresentadas e o esclarecimento das dúvidas partilhadas.</p>	<p>casa. Informação confirmada pela filha e cuidadora.</p> <p><b>14/01/2015:</b></p> <p>Reforçados ensinios acerca de técnicas de conservação da energia na realização das atividades.</p> <p><b>19/01/2015:</b></p> <p>Mantém adesão quanto às medidas preventivas do descondicionalamento físico.</p> <p><b>16/10/2015:</b></p> <p>Em todas as visitas domiciliárias a CF manifesta uma atitude positiva e de bem-estar no exercício do seu papel. Demonstra-se muito disponível em colaborar com os profissionais e verbaliza as suas dúvidas e preocupações. No final da visita domiciliária referiu-se aliviada pelo fato de partilhar alguma sobrecarga física</p>
---	---	--	--

<p>➤ <u>Médio Risco de Queda</u>, relacionada com a existência de diagnósticos clínicos secundários, de-sequilíbrio fácil e fatores de risco ambientais</p>	<p>Evitar a ocorrência de quedas.</p>	<p>Demonstrar disponibilidade e proporcionar e escuta ativa</p> <p>Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de <i>Morse</i>.</p> <p>Identificar com o Sr. F.G. e sua filha fatores ambientais facilitadores da queda.</p> <p>Ensinar o utente e família acerca de medidas de segurança e serem adotadas para a prevenção de quedas: evitar o uso de tapetes, manter o chão seco e evitar</p>	<p>que tem sentido nos últimos dias pelo fato do Sr. F.G. se ter restringido ao leito.</p> <p>No entanto, no questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit), respondeu que só algumas vezes que se “sente em <i>stress</i> por se ter de dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades” e “tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar”.</p> <p><b>19/01/2015:</b></p> <p>A cuidadora reconhece a existência de alguns fatores de risco de quedas ambientais. Refere supervisionar o Sr. F.G. na marcha e já ter eliminado grande parte dos tapetes de casa, mantendo ainda alguns mas que estão fixos. Reforçada a importância de um calçado adequado para a marcha, não só ao Sr. F.G. como à sua cuidadora. A cuidadora e o Sr. F.G. demonstram</p>
---	---------------------------------------	---	--

<p>➤ <u>Risco de Úlceras de Pressão</u>, relacionada com o nível de atividade física (anda ocasionalmente) e alimentação habitual (nutrição adequada), manifestada por um score 21 (baixo risco) na Escala de <i>Braden</i>.</p>	<p>Manter a integridade cutânea; Proteger de contra efeitos adversos das forças externas;</p>	<p>enceramento em excesso, uso de calçado adequado.</p> <p>Monitorizar risco de úlcera de pressão, mensalmente e sempre que alteração do estado clínico do Sr. F.G. justifique.</p> <p>Ensinar ao Sr. F.G. e cuidadora acerca das medidas preventivas de UP's e da importância de uma ingestão proteica e da hidratação adequadas.</p>	<p>compreender a importância da adoção destas medidas preventivas.</p> <p><b>19/01/2015:</b> A cuidadora e o Sr. F.G. demonstram compreender a importância da adoção destas medidas preventivas.</p>
--	---	--	--



**Apêndice VII:** Plano da Ação de Formação intitulada de “Mecânica Corporal no  
Cuidar”

<b>AÇÃO FORMAÇÃO “MECÂNICA CORPORAL NO CUIDAR”</b>	
<b>Grupo de formadores</b>	<p>Alunas do V CMER<sup>8</sup> da ESEL<sup>9</sup>:</p> <p>██████████</p> <p>Raquel Silva</p> <p>Sob a orientação dos EEER<sup>10</sup> da UCC<sup>11</sup> ██████████:</p> <p>██████████</p> <p>██████████</p>
<b>Destinatários</b>	Assistentes Domiciliárias da IPSS <sup>12</sup> parceiras da ██████████
<b>Local</b>	Centro Intergeracional do ██████████
<b>Data, hora</b>	13 De Janeiro de 2015, das 14h00'-15h30' 3 De Fevereiro de 2015, das 14h00'-15h30'
<b>Duração</b>	90 Minutos
<b>Recursos Didáticos</b>	Computador portátil, projetor multimédia, cama/maca, cadeira-de-rodas
<b>Metodologia</b>	Expositiva, interrogativa e ativa.
<b>Objetivos</b>	
<p>No final da sessão os formandos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar sensibilizados para a importância da aplicação da mecânica corporal para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas;</li> <li>• Conhecer os princípios da mecânica corporal aplicada à sua prática profissional;</li> <li>• Conhecer alguns exercícios de alongamento e relaxamento.</li> </ul>	
<b>Conteúdos Programáticos e Duração</b>	
<p>1. Apresentação formadores/formandos.....10'</p> <p>2. Enquadramento do tema da sessão de formação e seus objetivos (T).....5'</p> <p>3. Conceitos e Princípios básicos da Mecânica Corporal (T).....10'</p> <p>4. Mecânica Corporal aplicada a situações do quotidiano profissional (T/P).....30'</p> <p>    4.1. Higiene do doente – preparação ergonómica da tarefa;</p> <p>    4.2. Mover um doente para cima na cama - 1/2 prestadores de cuidados;</p>	

<sup>8</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<sup>9</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

<sup>10</sup> Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

<sup>11</sup> Unidade de Cuidados na Comunidade

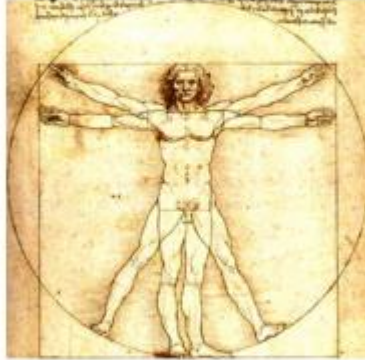
<sup>12</sup> Instituições Públicas de Solidariedade Social

4.3.	Mover um doente de um lado para o outro na cama - 1/2 prestadores de cuidados;	
4.4.	Transferência cama-cadeira/sofá.	
5.	Apresentação e realização em grupo de alguns exercícios de alongamento e relaxamento (P).....	20'
6.	Discussão final e avaliação da ação.....	15'
<b>Avaliação</b>		
O grupo participou ativamente e demonstrou interesse no decurso das sessões formativas. No final da sessão, mais de 75% das formandas, respeitaram os princípios da MC na simulação de várias situações da sua prática profissional. Os resultados da avaliação final e formal dos formandos demonstram índices de satisfação bastante elevados.		

**Apêndice VIII:** Apresentação da Ação de Formação intitulada de “Mecânica  
Corporal no Cuidar”



## MECÂNICA CORPORAL NO CUIDAR



Formadores:

[Redacted]  
Raquel Silva\*

Sob a orientação de :

[Redacted]  
\*Alunas Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação da ESEL

\*\* Enfermeiros de Reabilitação da UCC  
[Redacted]

[Redacted]  
04 de Fevereiro de 2015



## PLANO DE SESSÃO

- Lesões Músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho – breve introdução;
- Conceitos e Princípios básicos da Mecânica Corporal;
- Mecânica Corporal aplicada a situações do quotidiano profissional;
- Exercícios de alongamento e relaxamento.



## OBJETIVOS

No final da sessão os formandos devem:

- Estar sensibilizados para a importância da aplicação da mecânica corporal para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas;
- Conhecer os princípios da mecânica corporal aplicada à sua prática profissional;
- Conhecer alguns exercícios de alongamento e relaxamento.



## LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

### Breve Introdução

- Cerca de 35% das pessoas dos **15 aos 64 anos** sofrem de problemas músculo-esqueléticos.
- O problema relacionado com o trabalho mais comum na Europa.
- A **primeira causa de baixa laboral** e de **incapacidade** transitória e permanente para o trabalho.
- Principais alvos de afeção: regiões **cervical e dorso-lombar**, **ombro** e os **membros superiores**. (INE, 2012, p.6)



As perturbações músculo-esqueléticas constituem um **problema grave e prioritário**:



**Como evitar o problema**



Adoção de medidas preventivas

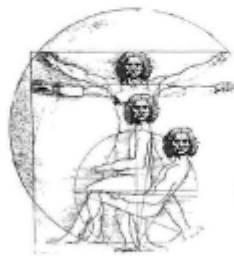


**Mecânica Corporal**



# MECÂNICA CORPORAL

## Conceitos e Princípios básicos



É o trabalho:

- produzido pelo sistema músculo-esquelético
- coordenado pelo sistema nervoso



Manter o **equilíbrio** e **postura corporal**

Produzir **movimento**

Produzir **força**



# MECÂNICA CORPORAL

**Finalidade:**

- Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas (LME's)

**Pressupõe:**

- Princípios da física aplicados ao nosso corpo

**Conduz a:**

- Boa postura
- Movimentos corporais e aplicação de forças eficientes

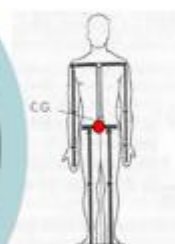
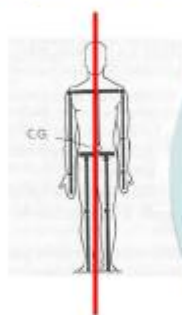




## MECÂNICA CORPORAL



## Equilíbrio



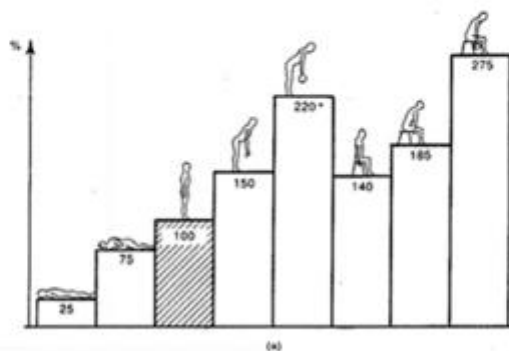
## Postura e alinhamento corporal



<b>Cabeça</b>	Ereta e alinhada com a coluna
<b>Coluna</b>	Alinhada
<b>Braços</b>	Ao longo do corpo Ligeira flexão dos cotovelos
<b>Pernas</b>	Alinhados com a anca e maléolo Ligeira flexão joelhos
<b>Pés</b>	Paralelos e virados para a frente
<b>Músculos</b>	Abdominais e nadequeiros contraídos

## Posturas em diferentes situações

**Gráfico I:** Pressões intradiscas consoante a postura





## Mecânica Corporal no Cuidar



## Mecânica Corporal no Cuidar

### Princípios Orientadores



Manter uma **postura adequada**

Manter a **estabilidade da postura**

Avaliar a **ergonomia da tarefa**

Facilitar a **movimentação da carga**

Utilizar os **músculos adequadamente**



## Mecânica Corporal no Cuidar

### Princípios Orientadores



- Usar **fardamento confortável** e suficientemente largo para permitir toda a amplitude de movimentos e **calçado fechado** para diminuir o risco de lesão na mudança de direção;



## Mecânica Corporal no Cuidar

### Avaliação ergonómica da tarefa



- ✓ Avaliar a **capacidade residual** do doente;
- ✓ **Espaço físico** suficiente (área de 2,5m livres);
- ✓ **Piso** com condições de segurança;
- ✓ **Recursos humanos e técnicos** disponíveis;
- ✓ **Planear e repartir os movimentos**, identificando quem **coordena**, pois melhora a conjugação de esforços.



## Mecânica Corporal no Cuidar



### Facilitar a movimentação da carga:

- ✓ **Regular o centro de gravidade** ao nível da carga a movimentar;
- ✓ **Diminuir o efeito da gravidade**: baixar a cabeceira da cama quando movimentamos o doente nessa direção;
- ✓ **Diminuir o atrito**: lençóis esticados e secos, retirar almofadas, joelhos do doente fletidos e superfícies de transferência;



## Mecânica Corporal no Cuidar



### Facilitar a movimentação da carga:

- ✓ Não colocar objetos a alturas que impliquem o estiramento para os alcançar;
- ✓ Providenciar **ajudas técnicas** ou **humanas**;



## Mecânica Corporal no Cuidar



### Utilizar os músculos de forma apropriada:

- ✓ Antes e durante o esforço: contrair **abdómen** e **nádegas**;
- ✓ Manter a **região dorso-lombar direita**;
- ✓ Colocar a **força nos músculos das pernas**;
- ✓ **Fletir os joelhos** evitando a inclinação anterior do tronco a um ângulo superior a 10°;



## Mecânica Corporal no Cuidar



### Utilizar os músculos de forma apropriada:

- ✓ **Puxar, empurrar, deslizar** ou **girar** em vez de elevar;
- ✓ Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna e rotação do joelho;
- ✓ Manter o **alinhamento corporal**, a postura do tronco e a **posição dos pés na direção do movimento** a realizar;
- ✓ Ao levantar a pessoa, ou objetos, **colocá-los o mais próximo possível do corpo**, mantendo os membros superiores junto ao tronco.

# Situações Práticas

## Mover um doente para cima na cama (1 prestador de cuidados)



- Ajudar a pessoa a fletir os joelhos, de modo a que a planta dos pés fique em contacto com a cama;





### Mover um doente para cima na cama



- Colocar um braço sob os ombros da pessoa e o outro sob a região dorso-lombar;
- Pedir à pessoa que olhe para os pés e, por fim, que faça força sobre os mesmos ao dizer 3;
- Durante a transferência, desloque o seu próprio peso de um lado para o outro, mantendo as costas direitas.



### Mover um doente de um lado para o outro na cama (1 prestador de cuidados)



- Ajustar o centro de gravidade à altura da cama;
- Dividir o processo em três partes: ombros-cintura pélvica-pernas;
- Fletir os joelhos à medida que arrasta o corpo do doente.





**Mover um doente de um lado para o outro na cama  
(2 prestadores de cuidados com resguardo)**



- Enrolar o resguardo junto ao corpo do doente para garantir firmeza na preensão e melhor controlar o movimento;
- Identificar quem coordena;
- Sincronizar o movimento.



**Mover um doente de um lado para o outro na cama  
(2 prestadores de cuidados sem resguardo)**



- Os dois prestadores posicionam-se do mesmo lado da cama;
- Fletir os joelhos e anca e colocar uma das pernas à frente da outra;



### Mover um doente de um lado para o outro na cama (2 prestadores de cuidados sem resguardo)



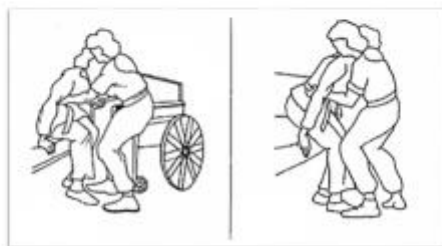
- Primeiro prestador: coloca as mãos sob as omoplatas e região dorso-lombar;
- Segundo prestador: coloca as mãos sob a região dorso-lombar e parte posterior das coxas.



### Transferência cama-cadeira

➤ **Antes de iniciar a transferência:**

- Colocar a cadeira/sofá perto da cama;
- Travar as rodas e retirar os pedais;
- Doente com pés assentes no chão e com calçado antiderrapante;





## Transferência cama-cadeira

### ➤ Antes de iniciar a transferência:

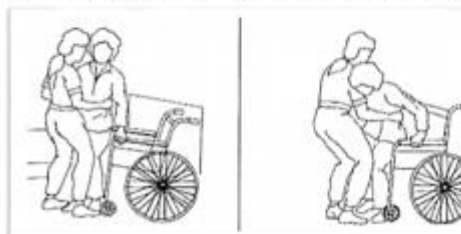
- Colocar as pernas ligeiramente afastadas e um pé à frente e na direção do movimento;
- Identificar zonas que permitam segurar firmemente;
- Agarrar o doente, envolvendo-o pela cintura, com a ajuda de um cinto;



## Transferência cama-cadeira

### ➤ Durante a transferência:

- Segurar firmemente o doente e pedir a sua colaboração;
- Fletir os joelhos e depois estender lentamente durante o movimento;
- Sustentar o joelho do doente entre os seus joelhos para orientar o movimento.





## Mecânica Corporal no Cuidar

Entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final



**EXERCÍCIOS DE  
ALONGAMENTO E RELAXAMENTO**



Diminuição da tensão no sistema  
musculo esquelético



**EXERCÍCIOS DE  
ALONGAMENTO E RELAXAMENTO**



## EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO



**Obrigada!**

**Apêndice IX:** Instrumento de Avaliação dos Formadores da Ação “Mecânica  
Corporal no Cuidar”

### Questionário de Avaliação do Formador

## I. Acção de Formação

<b>Tema</b>	Mecânica Corporal		
<b>Data</b>	13 de janeiro de 2015	<b>Hora</b>	14h00'-15h30'

## II. Apreciação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um **X** ), sendo que:

1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os formandos foram assíduos e pontuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os formandos tinham os conhecimentos de base necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os formandos demonstraram interesse e foram participativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Avaliação prática

Cerca de 75% dos formandos respeitaram os princípios da mecânica corporal aquando a simulação das seguintes situações da prática profissional:

	Atingido	Não atingido
1) Mover um doente para cima na cama (um prestador de cuidados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mover um doente de um lado para o outro na cama (um prestador de cuidados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mover um doente de um lado para o outro na cama (dois prestadores de cuidados com resguardo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Mover um doente de um lado para o outro na cama (dois prestadores de cuidados sem resguardo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Transferência cama-cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV. Balanço da Acção de Formação

### Pontos fortes

[illegible]

## Sugestões de melhoria

[illegible]

**Apêndice X:** Instrumento de Avaliação dos Formandos da Ação “Mecânica Corporal  
no Cuidar”



## Avaliação da Formação

### I. Acção de Formação

<b>Tema:</b>	Mecânica Corporal no Cuidar		
<b>Data</b>	13 de Janeiro de 2015	<b>Hora</b>	14h00'-15h30'

### II. Avaliação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um **X** ), sendo que:

1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O tema da formação foi interessante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os exercícios e actividades realizadas foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para a minha profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Avaliação dos Formadores

	1	2	3	4
1. Os formadores revelaram dominar o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os métodos utilizados na foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### V. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação:

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:

Sugestões de melhoria:

**Apêndice XI:** Jornal de Aprendizagem realizado no serviço de NC



## 1º JORNAL DE APRENDIZAGEM

### ***UC: Estágio com Relatório***

Passadas três semanas de permanência num novo contexto de cuidados – Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] – este tempo pode ser resumido num crescendo contínuo das seguintes ações: observar, identificar, planejar, intervir e avaliar. Aparentemente pouco para quem lê, mas bastante para quem disfruta deste tempo de experiência intensamente vivida e do tempo de retrospeção do que se viveu...

Os cenários com que me vou deparando nos dias de contato com a dinâmica deste serviço confirmam e reforçam a enorme potencialidade deste terreno ao desenvolvimento de competências específicas de Enfermagem de Reabilitação. O leque de situações de aprendizagem é vasto, o que me tem proporcionado a possibilidade de desenvolvimento de diversas atividades inerentes a esta prática especializada.

Tal como seria exetável numa fase inicial, houve alguma dificuldade e insegurança sentidas na organização e na implementação das atividades, associadas a uma questão interna sempre muito presente: como começar? Em concordância com o exposto, pretendo relatar uma situação de cuidados que considero muito significativa e que tem sido vivenciada e marcada por algumas dificuldades e contrariedades.

Foi no segundo dia de estágio que estabeleci o primeiro contato com o Sr. C.A. Através da informação transmitida na passagem de turno sabia que tinha sido submetido, na madrugada de 03/10/2014, a discectomia e a artrodese C6-C7, via anterior, por anterolistese de C6 sobre C7. Para além da tetraparésia como foco de intervenção de enfermagem de reabilitação, o Sr. C.A. apresentava também estase de secreções brônquicas associada a uma tosse ineficaz, bem como outros focos ainda por identificar...Conhecia também alguns dos seus antecedentes pessoais: DPOC ligeira, Enfisema Pulmonar, Síndrome Depressivo, Discinésia tardia dos Neuroléticos e Hábitos alcoólicos e tabágicos marcados.

Posto isto, logo reconheci que esta seria uma situação profícua ao desenvolvimento de competências de ER, e que para além disso, poder-se-ia enquadrar perfeitamente no âmbito do tema do meu projeto pessoal: *“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de transição da Pessoa submetida a*

*Cirurgia da Coluna, no período peri-operatório.*” Apesar da enorme motivação em abraçar o desafio lançado por este contexto de cuidados, não posso deixar de assumir a vivência de outros sentimentos ambivalentes – receio, insegurança e apreensão – os quais me “assombraram” por breves instantes, despoletados ao pensar no “como começar”, quando ainda nem sequer estava integrada na equipa, e inclusivamente, tinha conhecido o meu Enfermeiro Orientador há cerca de uma hora atrás.

Dadas as circunstâncias a minha atuação não foi mais além do que a observação participativa, tendo acompanhado o Enf<sup>o</sup>. Especialista [REDACTED] no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. E neste processo sequencial incluiu-se a realização de uma série de atividades no âmbito desta prática especializada, nomeadamente: avaliação neurológica e da capacidade funcional; avaliação objetiva do Sr. C.A., através da auscultação pulmonar e observação da telerradiografia torácica; aplicação de técnicas de Reeducação funcional respiratória (RFR) e funcional motora, ambas integradas num programa de Enfermagem de Reabilitação contextualizado e adaptado individualmente, e que teve em conta os múltiplos fatores relacionados com a pessoa, doença, local de intervenção e recursos disponíveis.

De todas, a que para mim fora mais complexa foi precisamente a auscultação pulmonar. Foi com muita dificuldade e após algumas tentativas, que consegui identificar os sons audíveis pelo Enf<sup>o</sup> Orientador, o que me deixou algo desanimada e com alguma frustração na altura. Quanto à aplicação de técnicas de RFR sentia ainda alguma insegurança pela incerteza de estar ou não a fazer corretamente, a qual se foi dissipando com o *feedback* contínuo dado pelo [REDACTED]. As técnicas de RFR que realizei foram as seguintes: posição de descanso e relaxamento (em *semi-fowler*, uma vez que o Sr. C.A. se encontrava ansioso e dispneico), e consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, ambas com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e muscular; com o objetivo de prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar, foram integradas a reeducação diafragmática, com ênfase na expiração e com os lábios semi-cerrados (o que promove o esvaziamento completo do ar dos pulmões, útil na hiperinsuflação característica da DPOC) e reeducação costal; recorreu-se às técnicas de *clearence* das vias aéreas, tais como, as compressões e vibrações torácicas (já que as percussões torácicas estão contraindicadas no enfisema); ensino da tosse assistida,

que fora útil para a mobilização de secreções em direção à traqueia, de onde foram removidas através da tosse e da aspiração.

Findo o primeiro dia de estágio chega o momento de balanço do dia e de delineamento de estratégias futuras, potencialmente facilitadoras à conquista progressiva de autonomia na aquisição de um novo papel. Desta feita, autopropus-me desde este momento, à análise crítica e reflexiva do meu desempenho no final de cada dia de contato, identificando dúvidas que tenham surgido no contexto de cuidados, conhecimentos que devam ser aprofundados, aspetos a melhorar e a aperfeiçoar na prestação de cuidados; e por fim, a definição de planos de ação, numa busca permanente da melhoria contínua.

No contato seguinte estabelecido com o Sr. C.A. (após transferência da Unidade de Cuidados Intermédios, onde estivera cerca de 10 dias por descompensação respiratória), propus ao Enf<sup>o</sup> orientador ficar responsável pelo planeamento e implementação do plano de cuidados, não dispensando claro, a sua permanente supervisão. Como tal, senti a necessidade de uma consulta mais detalhada do processo clínico e de enfermagem, que em consolidação com a minha avaliação do doente, me permitisse melhor identificar as necessidades individuais do Sr. C.A. e sua família e dar continuidade a um plano de cuidados já iniciado, e que lhes fizesse sentido.

Já passados alguns dias de ensino clínico, constatei neste dia de contato que me tinha tornado mais hábil na auscultação pulmonar, e que a complexidade a que atribuí à execução desta técnica havia-se atenuado, situação que me deixou imensamente satisfeita. Para além das atividades realizadas no anterior contato, e já descritas, tive neste momento a oportunidade de executar o primeiro levante deste doente. De modo a potencializar ao máximo esta atividade, foi nele integrada a realização do treino de equilíbrio sentado (estático e dinâmico) e de pé, bem como a reeducação postural com recurso ao espelho. O treino de marcha ficaria para uma próxima sessão, uma vez que a sua tolerância ao esforço era ainda reduzida, dada a presença abundante de secreções brônquicas, por não conseguir expetorar eficazmente. E assim foi: no dia seguinte era notória uma melhoria da função respiratória do Sr. C.A., manifestada pela presença de uma tosse eficaz, sem necessidade de aspiração de secreções, e uma maior tolerância ao esforço, pelo que iniciou o treino de marcha. Foram também ensinados alguns exercícios isotónicos, estando o Sr. C.A. na posição ortostática e apoiado no corrimão, e instruído a: na fase inspiratória realizar o movimento de

extensão da coxofemoral e joelho; e na fase expiratória, fazer o movimento flexão destas estruturas articulares, a fim de facilitar a mecânica diafragmática e o esvaziamento completo do ar dos pulmões. Apresentou tolerância moderada ao esforço. Fora também realizado o teste de disfagia segundo a norma em vigor na instituição, tendo o Sr. C.A. apresentado movimento laríngeo presente e tosse na deglutição, quadro classificado como disfagia leve pelo que iniciou dieta pastosa e água com espessante.

Dia após dia a equipa multidisciplinar assistia a uma franca melhoria do estado clínico e da capacidade funcional respiratória e sensoriomotora do Sr. C.A., fato que me deixou interiormente orgulhosa por ter feito parte desse processo interdisciplinar, e num papel diferente daquele que desempenho habitualmente. Apesar disso, os quadros emocionais do Sr. C.A. nem sempre eram compatíveis com essa evolução. Os sentimentos manifestados através do discurso por ele verbalizado e sua linguagem corporal eram oscilantes: nalguns momentos estava presente o entusiasmo e o sentimento de realização perante uma nova conquista, noutros momentos, o sentimento de frustração e a sensação de auto-ineficácia predominavam. Este contexto condicionou, por vezes, um padrão comportamental passivo, marcado pela falta de auto-motivação e alguma renitência a sugestões que ousassem quebrar a protelação de um estado de dependência, interferindo negativamente no processo adaptativo à sua incapacidade. Romper este ciclo exigia ainda o planeamento de outras intervenções para surtir efeitos sinérgicos aos demais cuidados, incrementando no Sr. C.A. uma maior motivação e autonomia possível, e que se basearam na criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de uma relação empática e na eliminação de barreiras de aproximação e/ou de comunicação.

Ainda na implementação do processo de enfermagem ao Sr. C.A. procurei envolver a sua mãe, e agora cuidadora. Contudo, por impedimentos económicos a mãe do Sr. C.A. não podia deslocar-se com a frequência ideal e por ela desejada, e o tempo de contato estabelecido com a mesma revelou-se quanto a mim insuficiente. Muitas das informações que obtive acerca do Sr. C.A. foram colhidas junto da mesma, mas julgo que muito ainda teria de ser feito para a uma melhor interiorização de competências para o cuidado informal com vista à continuidade dos cuidados no domicílio. Para o futuro, e perante situações semelhantes terei de estar mais desperta e otimizar o tempo de contato junto da família.

O acima exposto confirma a enorme complexidade das situações humanas com que a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação se pode debater no seu quotidiano, e que por isso, poderá suscitar uma série de surpresas e interrogações, exigindo ações multifacetadas. Neste sentido, a vivência desta experiência em ensino clínico veio sensibilizar-me para a importância de me manter permanentemente atenta a tudo - não só à incapacidade funcional a pessoa, mas também ao seu contexto de vida (económico, social e familiar), esquemas psicológicos e comportamentais, que isoladamente ou em conjunto, poderão representar fatores facilitadores e inibidores no processo de reabilitação.

**Apêndice XII:** Jornal de Aprendizagem realizado em Contexto Comunitário





## **2º JORNAL DE APRENDIZAGEM**

### ***UC: Estágio com Relatório***

**Tema:** O EEER em contexto comunitário: ampliando horizontes, reforçando saberes.

#### **Contextualização:**

O estágio a ser desenvolvido num contexto comunitário – ACES [REDACTED], UCC [REDACTED] [REDACTED] – sempre fora por mim acolhido com elevada expectativa e forte motivação. Por um lado, pelos inúmeros desafios que a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação pode comportar num cenário que se prevê bastante complexo e adverso, dado o atual contexto socioeconómico nacional; por outro, pelo enriquecimento pessoal e profissional decorrente do estabelecimento de uma relação de carácter mais próximo e intimista, com a pessoa e sua família na vivência de fenómenos transitivos de saúde/doença, num ambiente que embora lhes pertença, nem sempre é o mais facilitador.

A expansão do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no seio dos Cuidados de Saúde Primários, embora incipiente, é justificada pelo corpo de conhecimentos especializado que profissional detém e, que lhe permite a adoção de uma perspetiva sistémica de cuidado, que considera a tríade - doente, família, e o ambiente - como parte integrante e indissociável na sua tomada de decisão. Não obstante a formação especializada e diferenciada detida pelo EEER, os processos decisórios no desempenho da sua práxis são muitas vezes tortuosos, na tentativa de contornar as imensas barreiras existentes no seio da comunidade, e ao defrontar-se com as bifurcações que podem ser criadas por situações de natureza diversa e ambígua, tais como, a divergência de opiniões não só entre os profissionais, como também destes com a família; conflitos intrafamiliares; incompatibilidades da preferência da pessoa/família com os recursos existentes e com o processo terapêutico, entre outros...

#### **1. O que aconteceu?**

A minha permanência enquanto futura Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto comunitário acima referido, embora seja já gratificante, a perceção e o contato com situações complexas acima exemplificadas tem sido uma constante. É a

família G., que de forma “cortês”, vai resistindo e protelando desde há largos meses, as sugestões dadas pelo Enfº [REDACTED], no que diz respeito à eliminação de barreiras arquitetónicas (tapetes) que podem constituir fatores de risco à queda, bem como à eliminação de fatores ambientais potencialmente desencadeadores de agudização de doença respiratória do Sr. F.G.

Num raio geográfico próximo, vive a família J. constituída pelo Sr. J.J. e pela sua esposa e única cuidadora informal M.J., que enfrentam o sofrimento da doença oncológica incurável, progressiva e avançada. A deterioração do estado físico do Sr. J.J. e as oscilações do seu estado psicológico têm determinado necessidades crescentes de cuidados diários e ininterruptos, grande parte dos quais são assumidos pela Sr.<sup>a</sup> M.J., que a par com os problemas relacionados com a sua idade avançada, sofre um agravamento da sobrecarga do seu papel, sendo visíveis os sinais de exaustão física e emocional a cada visitação domiciliária. Mas quando são apresentadas outras alternativas de suporte, as mesmas são recusadas por ambos.

Num outro contexto familiar coabitam a Sr.<sup>a</sup> M.V. e o seu filho, o Sr. F.V., sendo que este último, de forma particular também experiencia a sobrecarga do papel de cuidador. Alguns sinais de impaciência, incompreensão e inaceitação, demonstram a sua incapacidade para lidar eficazmente com a dependência física e a incapacidade mental da sua mãe, idosa, que se encontra em fase de convalescença, após ter sido submetida a artroplastia da anca, por fratura do fémur na sequência de uma queda. Na origem desta inadaptação ao desempenho do papel de cuidador estão também conflitos intrafamiliares passados, relacionados com uma infância marcada pelo abandono e falta de afeto da sua mãe que agora cuida, causando mágoas e ressentimentos, que se repercutem nefastamente na assunção do um novo papel familiar – o de cuidador.

Em contrapartida, noutra esfera familiar, presenciam-se atitudes de desvelo, solicitude e atenção por parte da cuidadora informal, sendo também notória a elevada cumplicidade entre a pessoa que é alvo de cuidados e a cuidadora. É o caso da Sr.<sup>a</sup> B. C., que subitamente se torna a cuidadora principal do seu marido, o Sr. H.C., vítima de AVC, ficando severamente dependente. A transição da Sr.<sup>a</sup> B.C. para um novo papel é experienciada positivamente, e o qual é também partilhado por outros membros da família, nomeadamente, um dos filhos e respetiva esposa. Contudo, os desafios na atuação deste seio familiar prendem-se com o grau de colaboração e nível motivacional do Sr. H.C. que nem sempre é constante ao longo das sessões do

programa de enfermagem de reabilitação sensoriomotora. O desânimo, a tristeza e a frustração de não conseguir fazer determinadas atividades invadem o Sr. H.C., cercando-se numa redoma que se torna impenetrável por todos, mesmo aqueles que lhe são mais queridos, assumindo uma atitude de recusa às intervenções que possam ser desenvolvidas.

## **2. O que estou a pensar?**

Cada situação que fora anteriormente descrita, independentemente dos seus contornos particulares, têm em comum o sistema familiar numa posição de destaque, evidenciando a importância das práticas de enfermagem centradas não só na pessoa alvo de cuidados, como também na família onde a mesma se insere.

Envolver a família no cuidar tem tanto de desafiante, como tem de complexo, e deve ser condição essencial na definição de um plano de cuidados em enfermagem de reabilitação para que seja adequado à realidade da pessoa. O EEER para além de envolver, também se envolve na dinâmica familiar, principalmente num contexto de cuidados comunitário, onde o contato com a família é mais próximo e personalizado. Se por um lado, pertencer a esta tríade numa relação de parceria com a pessoa/família, pode ser extremamente gratificante, não menos vezes, pode ser uma difícil “tarefa” que pode conduzir o EEER a sentimentos de impotência e frustração. Para que ocorra a plena e efetiva reintegração da pessoa/família nos seus contextos vivenciais, o EEER deve assumir uma posição de recurso e não o de centro de resolução, privilegiando a adoção e o desenvolvimento de técnicas negociais para a resolução construtiva de conflitos intrafamiliares, em detrimento de uma postura de assimetria de poder, atitude de negação ou evitação. Só assim serão produzidos conhecimentos, estratégias e habilidades conducentes à ocorrência de transições doença/saúde positivas, quer por parte da pessoa, que por parte da família.

Para além dos conflitos, assiste-se também a uma grande sobrecarga do cuidador, pelo que a preocupação do EEER em intervenção domiciliária deve estar dirigida, não só para o doente, como também para a saúde e as necessidades do cuidador principal. Neste âmbito, o cuidador deve ser encarado como um parceiro na prestação de cuidados, mas também como um alvo de cuidados. Para o efeito, penso que é importante que o EEER permita a verbalização de sentimentos, preocupações e expectativas do cuidador e, responder às suas necessidades de informação.

### **3. O que encontrei de bom e mau?**

Aspetos Negativos: conflitos intrafamiliares, sobrecarga dos cuidadores, inadaptação ao papel de cuidador, baixos níveis motivacionais para o programa de reabilitação.

Aspetos positivos: proximidade com o contexto vivencial da pessoa/família, adaptação ao papel de cuidador.

### **4. Que sentido?**

Partilhar na primeira pessoa com os próprios protagonistas da história, nos seus contextos vivenciais, tem permitido consolidar a importância do papel do EER, enquanto cuidador, enquanto educador e enquanto recurso integrado na ECCI da UCC [REDACTED]

Através da observação, do acompanhamento, da discussão permanente de condutas de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, do aprender a fazer, do reformular intervenções, tem-me permitido não só o desenvolvimento de competências, como também me tem colocado à reflexão a complexidade de situações vivenciadas pelas pessoas/famílias na adaptação do seu contexto domiciliário à nova condição, e a imprevisibilidade inerente à prática de enfermagem de reabilitação no âmbito dos cuidados de saúde primários.

### **5. Conclusão**

A capacitação para o cuidado deve ser uma área de excelência da intervenção do enfermeiro de reabilitação, cujas ações devem ser dirigidas aos membros individuais constituintes da família, ao nível interpessoal e ao nível do sistema familiar, com ganhos visíveis ao nível da capacidade funcional da pessoa, desempenho de AVD, participação na família, comunidade e sociedade e no alívio da sobrecarga do cuidador. Um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação mais dirigido e globalizante não pode ignorar um envolvimento e conhecimento profundo do sistema familiar, e do contexto domiciliário e social da pessoa alvo de cuidados. No mundo do contexto domiciliário, os grandes protagonistas são o doente e família, e ao EEER deve interiorizar o papel de promotor e capacitador, num trabalho de plena colaboração e parceria com os anteriores.

## **6. Contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro**

Julgo que o contato de grande proximidade com a comunidade permitiu tomar maior consciência das principais dificuldades que as pessoas em situação de dependência e sua família enfrentam aquando o regresso a casa. Desta feita, na elaboração e implementação de um programa individual de enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar, onde decorre a minha atividade profissional, haverá um maior investimento da minha parte enquanto futura enfermeira de reabilitação, na avaliação profunda das necessidades e recursos do doente (pessoais, familiares e da comunidade) e de uma resposta atempada e articulada com os recursos na comunidade.